UNIVERSITÉ DE DIJON. — FACULTÉ DE DROIT

DES FAUSSES DÉCLARATIONS

DANS LE

CONTRAT D'ASSURANCE SUR LA VIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT

(Sciences juridiques)

SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE DROIT DE L'UNIVERSITÉ DE DIJON

Le vendredi 14 juin 1907, à une heure et demie

PAR

PAUL JACQUIN

SOUS LA PRÉSIDENCE DE M. E. GAUDEMET, PROFESSEUR

SUFFRAGANTS { M. DUVERDIER DE SUZE, PROFESSEUR
M. DESLANDRES, PROFESSEUR

DIJON

IMPRIMERIE JACQUOT ET FLORET

12, rue Berbisey, 12

1907

DES FAUSSES DÉCLARATIONS

DANS LE

CONTRAT D'ASSURANCE SUR LA VIE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542705_0027

UNIVERSITÉ DE DIJON. — FACULTÉ DE DROIT

DES FAUSSES DÉCLARATIONS

DANS LE

CONTRAT D'ASSURANCE SUR LA VIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT

(Sciences juridiques)

SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE DROIT DE L'UNIVERSITÉ DE DIJON

Le vendredi 14 juin 1907, à une heure et demie

ACAD. LUGDUNT. DIJON.

PAR

PAUL JACQUIN

SOUS LA PRÉSIDENCE DE M. E. GAUDEMET, PROFESSEUR

SUFFRAGANTS { M. DUVERDIER DE SUZE, PROFESSEUR
M. DESLANDRES, PROFESSEUR

DIJON

IMPRIMERIE JACQUOT ET FLORET

12, rue Berbisey, 12

—

1907

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

A MES PARENTS

INTRODUCTION

Importance des déclarations dans le Contrat d'assurance sur la Vie. Plan général.

Si de droit commun la bonne foi doit présider à la conclusion de tous les contrats et si chacun doit y répondre de sa faute, dans aucun peut-être ne doit-on se montrer plus exigeant à cet égard que dans le contrat d'assurance sur la vie. Lorsque deux personnes se sont entendues pour former une convention, chacune ne donne son consentement qu'en pleine connaissance de cause, quand elle s'est rendu compte des avantages et des inconvénients, des chances de profit ou de perte, que présente pour elle la combinaison, quand elle a, comme on dit, pesé le pour et le contre.

Or, dans le contrat dont nous nous occupons, c'est justement cette balance dont l'équilibre est difficile à établir. Ceci tient d'abord, il est vrai, au caractère aléatoire du contrat; cependant cet aléa existe en fait pour chacune des parties : dans l'assurance en cas de décès, que nous choisissons de préférence parce que c'est peut-être là que le caractère aléatoire se fait particulièrement sentir, si la Compagnie est exposée

à payer le capital de l'assurance dès les premières années qui suivront le contrat, il se peut aussi que l'assuré verse ses primes pendant longtemps et que leur total ne soit pas loin, au décès, de représenter la somme pour laquelle il était assuré.

Mais, et c'est sur cette seconde raison, que nous voulons insister, la difficulté que nous signalons tient surtout à la position inégale des deux parties en présence. On a blâmé, et peut-être avec quelque raison, la rigueur des polices d'assurances; on s'est élevé contre la situation, a-t-on dit, toute-puissante de la Compagnie qui imposerait les clauses de ses polices, ses conditions, ses tarifs au contractant, toutes choses qu'elle a élaborées sans son consentement, et qui seraient autant de fourches caudines sous lesquelles l'assuré aurait été obligé de passer. Nous ne voulons pas discuter ici cette opinion, qui, disons-le en passant, nous paraît exagérée; nous n'en voulons déduire que ceci, à savoir que la rigidité même des conditions de ce contrat d'adhésion qui s'offre à lui, est pour le futur assuré une garantie de la sincérité de son co-contractant, et un grand élément de sécurité. Des déclarations précises, claires, invariables, égales pour tous, dont le contrôle même est à sa portée, voilà ce qu'a en face de lui le contractant, dans les clauses des polices.

Tout autre est la situation de la Compagnie qui n'a pour s'éclairer sur la valeur du contrat qu'elle souscrit que de bien faibles moyens, et qui, pour vérifier la véracité des déclarations qu'on lui fait, doit se contenter d'un contrôle très imparfait.

Et, cependant, c'est à ces déclarations du contractant, que la Compagnie, tout au moins pour une grande part, s'en rapporte pour se renseigner. Elle le lui dit dans les conditions générales de ses polices imprimées :

« Les déclarations soit du contractant, soit du tiers assuré servent de base au présent contrat (1) », c'est l'avertir qu'elle s'en rapporte à sa bonne foi, et lui demande, ce qui est plus, toute son attention dans les réponses qu'il fera aux différents questionnaires qui lui seront posés; c'est aussi le mettre en garde et lui faire comprendre la sanction rigoureuse qui suit de près. « Toute réticence, toute fausse déclaration qui pourrait avoir de l'influence sur l'appréciation du risque annulent l'assurance dès l'origine. »

Ajoutons encore, et nous pensons par là justifier ce qui pourrait paraître trop sévère dans la clause que nous venons de reproduire, que grande est la différence dans l'importance des risques, le contractant hasardant seulement quelques centaines de francs à chaque versement, alors que la Compagnie peut se trouver, par suite d'un décès prématuré, redevable dès le versement des premières primes d'un capital considérable.

Nous venons de parler de « l'importance des risques. » C'est la clef de la question, son examen nous fera saisir d'un seul coup l'importance des

---

(1) Conditions générales de la Compagnie *La Dordrecht*, clause II.

questionnaires des Compagnies, comprendre toute la nécessité de sincères et attentives déclarations de la part du contractant.

Qu'est donc le risque ? Pour l'assuré, c'est la chance de mort qui plane sur l'homme à tout instant de sa vie, avec tous les effets qui peuvent avoir leur répercussion, au point de vue matériel, sur des êtres qui lui sont chers ou à qui il porte de l'intérêt. Pour la Compagnie qui l'assure, le risque se traduit par l'obligation de payer le capital dont elle est redevable dans un délai plus ou moins rapproché.

C'est donc, comme élément d'appréciation du risque, ce délai, qu'il convenait pour les Compagnies de fixer, d'une façon moyenne, normale; leurs opérations portant sur toute une collectivité, c'est sur lui qu'on doit se baser pour édifier la table contenant les tarifs des primes. Pour répondre à ce besoin, on dressa les tables de mortalité, résultat d'une statistique patiente, opérant sur un vaste champ d'observations : c'est un tableau de chiffres indiquant combien de personnes, sur un certain nombre, toutes nées à la même époque seront encore en vie au bout d'un an, deux ans, trois ans, etc., jusqu'au décès de la dernière survivante. La plupart se basent sur un nombre de cent mille contemporains, et, par une simple opération de calcul, les primes pour les Assurances en cas de décès, sont directement déduites de la série des chiffres de la table de mortalité.

Les primes seront plus réduites à mesure que la mortalité indiquée par la table sera plus faible, c'est-à-dire selon que les chiffres successifs indiquant d'an-

née en année le nombre des survivants, resteront plus longtemps élevés.

Les Compagnies, ayant établi leurs tarifs d'après cette table de moyennes, doivent, pour ne pas voir mentir leurs prévisions, et de peur de se trouver en perte, accueillir seulement ceux qui se trouvent présenter des chances normales de vie, ou, si elles consentent à traiter avec des personnes dont le risque paraît moins bon, augmenter en proportion leurs tarifs.

Ce que veut donc une Compagnie, c'est répondre d'un risque normal et éliminer, autant que possible, les mauvais.

Sage précaution, car sans cette sélection, bon nombre de gens, dont la conscience est un peu large, n'auraient garde de laisser passer une aussi bonne occasion d'enrichir leur famille. L'assurance manquerait son but et d'institution de prévoyance pourrait devenir un instrument de lucre. Et, bien que toutes les formalités exigées comme garantie détournent beaucoup de personnes dont la santé est atteinte de faire des propositions d'assurance à une Compagnie, « la probabilité et même la certitude, nous dit M. Schevichaven (1), subsistent que parmi les candidats la proportion entre ceux qui meurent vieux et ceux qui meurent jeunes est moins favorable que celle indiquée par la table de mortalité ». La raison, d'après le même auteur, en serait dans le « *choix personnel* »

---

(1) J. Schevichaven, *De la Vie et de la Mort, Le Passé et le Présent*, traduit du hollandais par J. P. Valeton, Paris, p. 58.

des candidats qui joue un grand rôle ici : « de même qu'il est prouvé pour les rentes viagères et les assurances en cas de vie que la longévité parmi les candidats est plus forte que la table de mortalité ne le ferait supposer; ce qui, dans ce cas, donne un désavantage, de même pour les assurances en cas de décès, le chiffre des décès prématurés paraîtrait supérieur à celui indiqué par les mêmes tables; nouveau désavantage. »

Au choix personnel des candidats, trop désavantageux pour elle, la Société d'assurances trouve un correctif en procédant elle-même à une sélection, c'est-à-dire en opposant le choix personnel de la Société à celui des candidats.

Lorsque quelqu'un est admis à l'assurance, le choix de l'assuré et celui de la Société se balancent.

Pour faire ce choix, pour opérer cette sélection, à quels moyens la Compagnie d'assurances a-t-elle recours? Leur étude nous occupera ultérieurement, mais nous pouvons affirmer dès maintenant que ce sont les déclarations du contractant qui en forment l'élément principal.

Et en cela, quoi de plus judicieux, de plus raisonnable?

Qui, mieux que lui, se trouve placé pour renseigner la Compagnie, non seulement sur son état de santé actuel; mais encore sur les atteintes des maux qu'il a pu ressentir dans le passé?

Mais la Compagnie n'a-t-elle pas pour s'éclairer sur la santé de son futur assuré, l'examen de l'homme de l'art, du médecin, qui examine scrupuleusement l'individu que la Compagnie lui présente?

Cela est vrai, la science médicale, les assureurs l'ont maintes fois reconnu, est pour eux une puissante alliée. Cependant elle est loin d'être infaillible ; et n'y a-t-il pas, d'autre part, nombre de maladies qui ne laissent pas de traces, mais qui rendent l'homme plus vulnérable à d'autres atteintes souvent d'autant plus graves ; de légers malaises, bénignes morsures du mal qui le terrassera et qui en sont les signes avant coureurs.

Ce sont là autant de secrets que le praticien, quelque éclairé qu'il soit, n'arrivera pas à dévoiler si celui qui se soumet à son examen ne l'aide pas par ses indications.

Outre les maladies passées ou actuelles, bien d'autres causes capables d'influer sur la santé et par là d'aggraver le risque sont utiles à connaître pour l'assureur, nous voulons parler du genre de vie du contractant ; il serait intéressant de connaître à fond ses habitudes, de savoir s'il ne joue pas, comme certains, avec sa propre vie dans des excès de toute nature ou en s'adonnant à un labeur capable d'épuiser rapidement un individu. En Amérique, les excès entrent en ligne de compte pour le règlement de l'assurance après décès, et l'on a vu des Compagnies refuser le paiement, quand il était notoire que l'assuré avait succombé à ses propres excès. C'est dire l'importance des déclarations de l'assuré en la matière.

Personne n'est aussi mieux placé que lui pour indiquer son âge, ses ressources, pour faire connaître s'il a déjà fait des propositions d'assurance à une autre Compagnie et pour se douter des motifs des refus qu'il a pu subir.

Lui seul, dans bien des cas, connaît les antécédents héréditaires (1) de sa famille, et personne ne discute que leur connaissance est un des éléments les plus utiles pour l'appréciation de l'état de santé actuel et des chances probables de durée de la vie ; son médecin personnel, souvent son confident, pourrait donner les mêmes renseignements, mais nous savons que les raisons les plus graves existent en fait pour légitimer son refus de le faire.

L'agent de la Compagnie peut, lui aussi, l'aider par son enquête personnelle, mais elle ne peut porter que sur les choses que le monde connaît, ou qui, sans tomber sous le sens commun, ont frappé l'attention des voisins et des connaissances.

Il n'en reste pas moins, et ceci, croyons-nous, ressort de ce que nous venons de dire, que pour tout *ce qu'il y a d'intime et de personnel* dans les questionnaires à lui posés, le conctractant seul peut répondre.

Un rôle secondaire, c'est la fonction de contrôle, est rempli par le médecin et l'agent de la Compagnie.

---

(1) Pour la phtisie on a constaté l'hérédité dans 38 cas sur 100 ; pour le cancer l'évaluation varie de 9 à 16 °/₀, etc. (Weill-Mantou, *Manuel du Médecin d'Assurance sur la Vie*, pages 106 et 117).

PLAN GÉNÉRAL DE L'OUVRAGE

Nous diviserons notre ouvrage en trois parties, dont la seconde, disons-le de suite, sera de beaucoup la plus importante, et par l'intérêt des questions qui s'y révèleront et par le développement que nous avons donné (avec juste raison, croyons-nous), à leur étude. Dans une première partie, nous passerons en revue les formalités exigées par les Compagnies d'assurances sur la vie, nous les justifierons en essayant de démontrer quelle influence elles peuvent avoir sur le risque, et l'intérêt qu'il y a pour une Compagnie à sélectionner ses assurés. Nous montrerons que les précautions prises par les Compagnies ne sont pas vaines et nous assisterons à l'odyssée de quelques fausses déclarations frauduleuses ou involontaires. Enfin nous chercherons quels sont pour les assureurs les moyens légaux de les réprimer.

Dans une seconde partie, qui sera véritablement le cœur de la question objet de notre étude, nous rechercherons les caractères constitutifs de la fausse déclaration ou de la réticence, ceux qu'elle doit nécessairement posséder pour vicier le contrat d'assurances sur la vie; nous verrons la fausse déclaration s'attachant aux différentes parties du Questionnaire de la Compagnie et sa fréquence dans les questions portant sur l'état de santé du proposant. Cette partie sera essentiellement et plus que les autres une étude de jurisprudence depuis l'année 1875 jusqu'à nos jours.

Enfin, dans une troisième et dernière partie, nous rechercherons les effets de la fausse déclaration, quelle nullité elle engendre et ce que deviendront les primes versées par l'assuré ; s'il y a une prescription légale de la fausse déclaration vice du contrat ; et si les parties peuvent en imposer une par une clause des polices.

Enfin, notre conclusion s'inspirera du *Rapport présenté par M. Lyon-Caen*, au nom de la Commission chargée d'étudier les dispositions législatives auxquelles pourraient être soumis les contrats d'assurances, et adressé par lui au Ministre du Commerce le 17 juin 1904.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Déclaration du Contractant. Examen et rapport médical. Renseignements de l'Agent.

Ces formalités sont différentes suivant que le contrat proposé à la Compagnie est une assurance en cas de décès (simple ou mixte) ou une assurance en cas de vie. Dans ce dernier cas, cela se comprend aisément, pour tout ce qui concerne la santé du futur assuré les renseignements sont superflus, un assuré maladif ne constituant pas ici pour l'assureur un mauvais risque, bien au contraire. Ce que l'assureur a intérêt à connaître dans l'assurance en cas de vie, c'est l'âge exact de l'assuré, car un assuré dont l'âge réel serait moindre que l'âge déclaré ne présenterait pas les chances de mortalité qui servent de base aux calculs de la Compagnie. On ne lui demandera qu'une déclaration expresse mentionnant le lieu et la date de naissance de la personne à assurer tels qu'ils résultent de l'acte de naissance ou de tout autre acte authentique qu'il est tenu de produire à l'appui de sa proposition. Lorsque, plus tard, la police sera déli-

vrée, elle portera que l'âge de l'assuré sert de base au contrat.

A part cet allègement des déclarations de l'assuré, les formalités autres restent les mêmes pour l'assurance en cas de vie et celle en cas de décès.

Elles sont constituées par une *proposition d'assurance* adressée à l'assureur par le contractant indiquant son nom, sa profession, son domicile, la personne à assurer, le bénéficiaire, la somme à assurer, le tarif, la durée de l'assurance et d'autres renseignements pour les conditions de paiement, de capacité, et pour indiquer le motif de l'assurance.

L'agent représentant de la Compagnie certifie que ces déclarations émanent bien du proposant. (Voir ci-après un modèle de proposition de la Compagnie *La Dordrecht*).

Vient ensuite un examen médical que le médecin de la Compagnie fait subir au proposant (1), précédé d'une déclaration faite par lui au médecin et signée devant lui, ayant comme conséquence un rapport du médecin examinateur. (Voir ci-contre un modèle.)

La Compagnie *sollicite* en outre des renseignements confidentiels du médecin de l'assuré, portant :

1° Sur l'état de santé actuel et antérieur de son client;

2° Sur les maladies, indispositions ou blessures pour lesquelles il a pu être appelé à lui donner des soins;

---

(1) Au cours de cette étude nous emploierons indifféremment pour désigner celui qui contracte l'assurance, les mots proposant, contractant et assuré.

3° Sur son tempérament habituel, ses infirmités et les causes héréditaires ou autres pouvant exercer une influence sur sa santé.

Enfin, la Compagnie recueille des renseignements confidentiels près de ses propres agents.

Pour toutes ces formalités, nous avons pensé qu'un fac-simile des déclarations et rapports dont nous venons de parler aurait l'avantage d'être plus clair qu'une énumération nécessairement trop longue, placée dans le texte. Nous reproduisons donc ci-après les modèles :

1° D'une déclaration du proposant à la Compagnie ou *proposition d'assurance;*

2° D'une déclaration faite au médecin examinateur;

3° D'un rapport du médecin examinateur;

4° D'un rapport confidentiel de l'agent à l'appui de la proposition d'assurance.

COMPAGNIE ..... D'ASSURANCES SUR LA VIE « ..... »

Société anonyme au capital de ..... francs

ÉTABLIE A .....

Approuvée par .....

AGENT :

M .....

.....

Direction pour la France à .....

AGENCE :

d.....

N°.....

PROPOSITION D'ASSURANCE

1. Contractant	*a*. Nom et prénoms ..... *b*. Profession..... *c*. Domicile	
2. Personne à assurer.	*a*. Nom et prénoms ..... *b*. Profession ..... *c*. Domicile..... *d*. Date et lieu de naissance ..... *e*. Est-elle mariée, célibataire, veuf ou veuve?.....	
3. A remplir seulement lorsqu'il s'agit d'une assurance sur deux têtes.	*a*. Nom et prénoms ..... *b*. Profession ..... *c*. Domicile ..... *d*. Date et lieu de naissance..... *e*. Est-elle mariée, célibataire, veuf ou veuve?.....	
4. Bénéficiaire	*a*. Nom et prénoms ..... *b*. Profession ..... *c*. Domicile	
5. Somme à assurer.....		
6. D'après quel tarif.....		
7. Durée de l'assurance.....		
8. Avec ou sans participation aux bénéfices.....		

9. Comment la prime sera-t-elle payée (prime unique, annuelle, semestrielle, trimestrielle, mensuelle)?.....	
10. Le contractant peut-il s'engager légalement?.....	
11. Motif de l'assurance?.....	
12. Clauses particulières demandées.....	

..... soussigné, déclar..... conformes à la vérité les réponses ci-dessus et ..... accept..... d'avance l'annulation immédiate de l'assurance s'il y avait fausse déclaration de ..... part.

A....., le..... 190..

Le Proposant,

Je soussigné, Représentant de la Compagnie, certifie que ces déclarations émanent bien du proposant.

A....., le..... 190..

Le Représentant de la Compagnie,

Age..... ans.
Capital.....
Prime annuelle Frs .....
Payable par.....
Soit : Frs.....

* N° de la police .....
* Date d'inscription .....
* Prime par..... Frs .....
* Impôt.....
* Coût de la police.....

Frs.....

Ne pas remplir ce qui est marqué d'un *

COMPAGNIE ..... D'ASSURANCES SUR LA VIE « ..... »

Société Anonyme au capital de ..... francs

AGENT : ÉTABLIE A ..... AGENCE :

M ..... Approuvée par ..... *d* .....

..... *N°* .....

Direction pour la France à .....

RAPPORT CONFIDENTIEL DE L'AGENT

à l'appui de la proposition d'assurance de M .....

1.	N'avez-vous aucun doute sur l'identité de la personne à assurer ?	
2.	A-t-elle signé la proposition en votre présence ?	
3.	*a.* Depuis quand la connaissez-vous ? ..... *b.* Quand l'avez-vous vue pour la dernière fois ? ..... *c.* Êtes-vous son parent ou ami ? Etes-vous en relation d'affaires avec elle ?	
4.	*a.* L'apparence extérieure de la personne à assurer est-elle celle d'une personne tout à fait saine ?. *b.* Paraît-elle plus âgée ou plus jeune qu'elle ne l'est réellement ?	
5.	*a.* Les habitudes de la personne à assurer sont-elles sobres et régulières ? ..... *b.* N'abuse-t-elle pas de spiritueux ou de boissons capiteuses ?	
6.	Quelles sont les occupations de la personne à assurer ? Sont-elles sédentaires ou actives ? Sont-elles exemptes de dangers ou d'influences nuisibles pour sa vie ou sa santé ?	
7.	*a.* La personne à assurer vit-elle en famille et jouit-elle de ressources régulières ? Quelle est sa réputation d'honorabilité ? Quel est son crédit ?.. *b.* Ses ressources annuelles sont-elles en proportion avec la somme à assurer ?	
8.	Quels sont les motifs réels de l'assurance ?	
9.	Etes-vous certain que la personne à assurer s'est présentée elle-même chez le médecin ?	

10.	*a*. Une assurance sur cette tête a-t-elle déjà été proposée à une autre Compagnie? A quelle Compagnie ?..... *b*. Une proposition d'assurance sur cette tête a-t-elle déjà été acceptée à des conditions spéciales seulement (avec surprime, etc.) ou bien refusée? Quand ? Par quelle Compagnie ?.....	
11.	*a*. S'il s'agit d'assurer une femme. Est-elle célibataire, mariée ou veuve ?..... N.-B. — Dans ce dernier cas, vous aurez à nous communiquer l'acte de décès de son mari et à nous remettre une déclaration en due forme qu'elle ne s'est pas remariée. *b*. S'il s'agit d'assurer une femme mariée. Pourquoi la femme s'assure-t-elle et non pas son mari ?..... A-t-elle personnellement de la fortune ?.....	
12.	Les réponses ci-dessus sont-elles le résultat de vos observations personnelles ?..... Dans la négative, votre source de renseignements est-elle sûre et digne de confiance ?	
13.	Règne-t-il actuellement quelque maladie épidémique dans la localité où demeure la personne à assurer ? Laquelle ?.....	
14.	Savez-vous encore quelque chose qui puisse être utile à l'appréciation de la proposition ?.....	
15.	Considérez-vous la proposition comme acceptable en toute confiance et pouvez-vous la recommander à la Compagnie aux conditions ordinaires ?.....	

Je soussigné, Représentant de la Compagnie, certifie sincères et véritables les réponses ci-dessus.

A....., le..... ..... 190..

Le Représentant de la Compagnie,

N.-B — Ces renseignements étant entièrement confidentiels et secrets, MM. les Agents sont priés de répondre à toutes les questions posées ou de motiver le manque de réponse.

Pièce à envoyer directement à la Direction de Paris sous enveloppe cachetée.

COMPAGNIE ..... D'ASSURANCES SUR LA VIE « ..... »

ÉTABLIE A.....

AGENT : Approuvée par..... AGENCE :

M..... **Direction pour la France à** ..... *d*.....
..... *N°*.....

DÉCLARATION faite par M..... et signée en présence de M....., Médecin examinateur de la Compagnie.

1. *a* Croyez-vous être actuellement en bonne santé et ne souffrir d'aucune maladie ou infirmité ?	*a*.
b. Avez-vous souffert auparavant d'une longue et grave maladie? Si oui, de laquelle, quand et pendant combien de temps?..... Quel était votre médecin ? Etes-vous complètement remis ?.....	*b*.
c. Avez-vous ou avez-vous eu auparavant : *a*. des crampes, *b*. une respiration difficile, *c*. des battements de cœur, *d*. des indigestions, *e*. de la toux ou des crachements de sang, *f*. des rhumatismes, *g*. des difficultés pour uriner, *h*. des coliques, *i*. une maladie grave de la peau?	*c*.
d. Avez-vous suivi un traitement dans une station thermale ? Quand et pour quelle maladie ?...	*d*.
e. Avez-vous une hernie?.....	*e*.
f. Portez-vous un bandage bien ajusté ?.....	*f*.
g. N'avez-vous jamais eu de blessures. Si oui, lesquelles ?.....	*g*.
h. Etes-vous vacciné et revacciné ou avez-vous eu la variole ?	*h*.
i. Avez-vous déjà subi un examen médical pour le service militaire ? Si oui, quel résultat ?	*i*.
j. Quel est votre médecin habituel et quel est son domicile ?.....	*j*.
k. Quel est votre genre de vie ? A-t-il toujours été régulier ? Usez-vous de boissons alcoolisées et dans quelles proportions habituelles ?.....	*k*.
2. *a*. S'il s'agit d'une femme : Comment se fait la menstruation? Quand a-t-elle eu lieu pour la dernière fois ?.....	*a*.
b. Avez-vous été enceinte ou fait des fausses couches, quand, combien de fois? Comment ces accouchements, ces fausses couches, avec leurs suites, se sont-elles passées? Facilement ou difficilement ?.....	*b*.
c. Souffrez-vous parfois de quelque maladie spéciale aux femmes ?.....	*c*.

3. *a*. Un de vos parents a-t-il eu une maladie héréditaire, comme la phtisie, le diabète, une aliénation mentale, l'épilepsie, un cancer, etc. ?..	*a*.
b. Vos parents jouissent-ils ou jouissaient-ils habituellement d'une bonne santé ?.....	*b*.
c. Quel est l'âge de vos parents, frères et sœurs ?.	*c*. Père en vie âgé de .. ans. Mère — — .. ans. Frères — — ..|..|..|..|.. Sœurs — — ..|..|..|..|..
d. Tous ou quelques-uns d'entre eux sont-ils morts ? De quelle maladie ? A quel âge ?.....	*d*. Père décédé à l'âge de .. ans, par suite de..... Mère décédée à l'âge de .. ans, par suite de.....

FRÈRES DÉCÉDÉS		SŒURS DÉCÉDÉES	
AGE	CAUSE	AGE	CAUSE

4. *a*. Avez-vous des enfants ? Combien sont décédés ? A quel âge et quelle était la cause de leur décès ?.....	*a*.
b. Une assurance sur votre vie a-t-elle été refusée déjà par une Compagnie pour raison de santé ou acceptée seulement avec surprime ? Avez-vous été déjà, avec quelque Compagnie, en pourparlers n'ayant pas abouti à la conclusion d'une assurance ?.....	*b*.
c. Avez-vous séjourné hors d'Europe ? Si oui, pendant combien de temps, où et quand ? Le climat vous a-t-il occasionné quelque maladie ou indisposition?.....	*c*.

Fait conformément à la vérité et sans restriction aucune.

A....., le..... 190..

Signature de la personne à examiner :

RAPPORT DU MÉDECIN EXAMINATEUR

Le Médecin soussigné déclare avoir procédé à l'examen médical de M.....
....., né le....., de profession....., demeurant
à..... et donner en conséquence les renseignements ci-après :

1. *a.* Connaissez-vous la personne à examiner ?.....
b. Etes-vous ami ou parent du proposant ?.....
c. Etes-vous son médecin habituel ? .....
d. L'état habituel de sa santé vous est-il connu ? Quel est-il ?
e. Sa profession est-elle nuisible à la vie ou à la santé ?..
f. Avez-vous des raisons de supposer que le proposant ne mène pas une vie sobre et régulière ? .....
g. Quelle est la taille (en centimètres) et quel est le poids ?
h. Comment sont la structure et le système musculaire ?
i. Y a-t-il des désordres dans les mouvements ? .....
j. Comment se fait la nutrition ?.....
k. Quel est le teint ? .....
l. Y a-t-il des colorations anormales de la peau ? .....
m. Y a-t-il, à la palpation, gonflement appréciable des glandes ? .....
De quelle nature ? .....
n. Y a-t-il infiltration ou œdème d'une partie quelconque du corps ? .....
o. Y a-t-il des cicatrices ? D'où proviennent-elles ? .....
p. Y a-t-il une courbure du rachis ?.....
q. L'apparence extérieure générale est-elle en rapport avec l'âge déclaré de..... ans ? .....

2. *a.* Comment sont la conformation et la structure du cou et de la poitrine ? (Des pulsations, veines engorgées, etc., sont-elles perceptibles) ?.....
b. Quelle est la fréquence de la respiration et du pouls ? (Donner le chiffre) .....
c. Quel est le périmètre du thorax :
1° à la plus profonde inspiration ?.....
2° à la plus profonde expiration ?.....
3° les deux moitiés se dilatent-elles pareillement ?.... (mesuré horizontalement au niveau des mamelons, les bras pendants).
d. Résultat de la percussion ?.....
1° Au-dessus ?.....
2° Au-dessous des clavicules ?.....
e. Résultat de l'auscultation ?.....
f. Y a-t-il présomption d'emphysème ou de quelque autre affection des poumons ou des bronches ?.....

3. *a.* Où le choc du cœur se fait-il sentir ou voir ?.....
b. Y a-t-il hypertrophie du cœur ?.....
c. L'auscultation a-t-elle fait découvrir des sons ou bruits anormaux, si oui, où et lesquels ?.....
d. Quel est le résultat de l'examen des gros vaisseaux ?..
e. Quel est le résultat de l'examen du pouls ?.....
f. Les pouls des deux artères radiales sont-ils isochrones ?
g. Y a-t-il sclérose des artères temporales ou radiales ?..
h. Y a-t-il des varices ou des hémorrhoïdes ?.....

4. *a.* En quel état se trouvent la muqueuse de la bouche, le palais, la langue (Syphilis, cicatrices, tuberculose) ?
b. Les amygdales sont-elles hypertrophiées ?.....
c. Y a-t-il apparence de pharyngite ou de quelque autre affection du pharynx ?.....
d. Y a-t-il tendance à la constipation ou à la diarrhée ?..
1° Y a-t-il hypertrophie du foie ou de la rate ?.....
2° Ces organes sont-ils douloureux à la pression ?.....
3° Y a-t-il des pulsations du foie ?.....
e. Quel est le périmètre abdominal mesuré horizontalement au niveau du nombril ?.....
f. Y a-t-il hernie ? Est-elle bien contenue, est-elle un danger pour la vie ?.....
g. Dans quel état se trouvent les parties sexuelles ? .....

5. *a*. Y a-t-il difficulté pour uriner ? *(L'urine doit être émise en présence du médecin)* .....
   1° Quel est le poids spécifique de l'urine ? .....
   2° Y a-t-il quelque sédiment urinaire ? Si oui, de quelle couleur. (Du sang ou du pus ?).....
   3° Le sédiment se forme-t-il immédiatement après l'émission ou seulement lors du refroidissement de l'urine ? .....
   b. Quelle est la réaction ?.....
   c. Contient-elle du sucre ou de l'albumine ? (Si oui, par quel réactif l'avez-vous déterminé ?).....
   d. Y a-t-il des présomptions de calcul ?.....

6. *a*. Y a-t-il otorrhée, surdité, bourdonnement des oreilles ?
   b. Les pupilles réagissent-elles à l'action de la lumière ?
   c. Sont-elles symétriques ?.....
   d. Existe-t-il des vertiges ?.....
   1° Existe-t-il du tremblement ? .....
   2° Y a-t-il des raisons de soupçonner l'alcoolisme, la scrofulose, le diabète ou quelque autre désordre nutritif ? .....
   e. Y a-t-il paralysie ou contracture ?.....
   f. La personne peut-elle se tenir debout les pieds joints et les yeux fermés ? .....
   g. Peut-elle marcher à reculons ? .....
   h. Comment se fait le réflexe rotulien ?.....

7. *a*. La voix est-elle claire ?.....
   b. Le larynx est-il douloureux à la palpation ?.....
   c. Y a-t-il du bégaiement ?.....
   d. La langue est-elle montrée bien droite et sans tremblement ?.....

8. *a*. Est-il à craindre chez la personne quelque maladie héréditaire ? .....
   b. Y a-t-il présomption de syphilis ?.....
   c. La personne est-elle vaccinée ou revaccinée ? .....
   d. S'il s'agit d'une femme.
   1° Y a-t-il des motifs pour soupçonner quelque maladie de l'utérus ou de ses annexes ?.....
   2° Croyez-vous qu'il y ait grossesse ? Si oui, où en est-elle ? .....
   3° Quel est l'état des ganglions axillaires et claviculaires (Cicatrices, hypertrophies, abcès ?).....

9. Existe-t-il quelque autre maladie non mentionnée plus haut, ou bien, d'après les renseignements ci-dessus, avez-vous lieu de craindre quelque maladie ou infirmité pouvant exercer une influence nuisible sur la durée de l'existence ? .....

10. Les déclarations de l'examiné mentionnées à la première page ont-elles été signées en votre présence ?.

DURÉE PROBABLE DE LA VIE
d'après la table de mortalité au rapport 1879

AGE	Durée probable de la vie	AGE	Durée probable de la vie
20 ans	45 ans	45 ans	24 ans
25 —	41 —	50 —	20 — 1/2
30 —	36 —	55 —	16 —
35 —	32 —	60 —	13 — 1/2
40 —	28 —	65 —	10 —

En raison de l'examen minutieux indiqué ci-dessus, et dont les résultats sont détaillés avec précision par moi, l'état de santé de M..... me paraît*..... et j'estime qu'il..... est..... probable qu'..... vivra encore le nombre d'années indiqué en regard de son âge dans le tableau ci-contre de sorte que..... puis recommander**..... l'assurance proposée.

A....., le..... 190..

(Signature du Médecin examinateur) :

* Très bon — bon — douteux — mauvais (dans les deux derniers cas, indication des motifs).
** Sans condition — avec condition (et ce dernier cas avec mention de la condition qui doit être imposée suivant avis du médecin.

N.-B. — En aucun cas cette pièce, une fois remplie, ne doit être communiquée à l'examiné ou à l'agent de la Compagnie. Elle doit être envoyée, sous-pli cacheté, directement à la Direction de Paris.

L'on a pu voir par la lecture de ces différentes pièces combien la Compagnie se montre minutieuse, combien détaillés se trouvent les questionnaires auxquels doivent répondre principalement le contractant et le médecin qui l'examine. Et pourtant, l'on a reproché aux Compagnies de se montrer trop faciles pour accepter les propositions d'assurance et ensuite, au moment du règlement des comptes, de chercher à chicaner, alors qu'elles ne devaient s'en prendre qu'à elles si l'assurance avait été faite à la légère.

Il y a quelque chose de fondé dans ces reproches. On voit des médecins pressés passer des examens tout superficiels sans se douter qu'ils engagent tout au moins moralement leur responsabilité, des agents peu scrupuleux qui, pour toucher leur commission, n'hésitent pas à conseiller à leur Compagnie l'assurance de gens formant pour elle un risque très douteux, d'autres pour qui le désir de réaliser des affaires et d'aligner en fin d'année un chiffre respectable de productions a fait plus d'une fois négliger les garanties dont un assureur prudent doit toujours s'entourer.

La véritable garantie, celle qui est réellement efficace, c'est le zèle et la vigilance des agents.

L'examen médical est, certes, une mesure utile, indispensable même pour signaler les risques mauvais ou médiocres ; mais combien de causes d'aggravation du risque peuvent être dissimulées à l'examen, nécessairement assez rapide du médecin ; sans parler du cas que nous voulons croire excessivement rare, où une personne bien portante, nous le verrons dans

un chapitre ultérieur, se substitue à celle qui doit passer la visite quand elle en est par trop manifestement incapable. Il en est ainsi pour la plupart des maladies d'estomac, pour celles des organes génitaux et pour tout ce qui concerne la santé antérieure du proposant, son hygiène et ses antécédents héréditaires.

La sincérité de la personne examinée est ici le seul gage, nous le savons, de la valeur de l'examen médical; le médecin ne peut pas entreprendre une enquête pour contrôler la vérité des déclarations qui lui ont été faites; il ne peut que les prendre telles qu'on les lui donne.

Mais ce que le médecin ne peut pas faire, l'agent soucieux de son devoir peut et doit le faire. Or, la proposition d'assurance qui se présente est le fruit de longues et nombreuses sollicitations et alors, l'agent a pu suffisamment observer le proposant pour connaître l'état habituel de sa santé, sa manière de vivre et ses antécédents; ou bien l'affaire est *enlevée* dès la première visite et il est du devoir strict de l'agent, s'il ne connaît pas bien le proposant, de faire, même avant la visite médicale, une enquête sommaire sur la manière de vivre de la personne assurée et d'en communiquer le résultat au médecin.

L'agent, qui a connu quelques motifs de refus chez un proposant et ne l'a pas signalé, ne peut se disculper en rejetant la responsabilité sur le proposant ou sur le médecin. Comme nous l'avons dit, il faut élargir autant que possible les moyens d'investigation nécessairement limités du médecin, en apportant tous

les renseignements qu'il ne peut aller chercher lui-même et qui lui sont d'une grande utilité.

Après les décès suspects, des enquêtes ont été faites sur les conditions dans lesquelles les assurances avaient été acceptées. Il a été presque toujours constaté que les mauvaises affaires auraient pu être évitées si l'agent avait consacré seulement quelques instants pour s'informer des conditions de vie du proposant. Ici, c'est un homme criblé de dettes et adonné à la boisson, qu'un créancier faisait assurer, certain que sa fatale passion le conduirait bien vite au tombeau; là, c'est un estomac délabré, ne supportant plus d'autre aliment que le lait et, cependant, le médecin ne peut découvrir aucun symptôme de maladie; une autre fois, l'assuré est épileptique et personne de son entourage ne l'ignorait; une autre fois encore, l'assuré a eu, peu de temps avant son assurance, une congestion cérébrale. S'il faut en croire le langage d'un « assureur auquel nous empruntons « les lignes qui suivent, la véritable garantie des « Compagnies est le zèle et la correction des agents. « Quand une Compagnie possède dans une ville un « agent qui étudie soigneusement ses affaires, et sait « au besoin renoncer à sa commission, elle n'a rien à « redouter des entreprises de la mauvaise foi. Si, « au contraire, l'agent fait passer avant toute autre « considération le désir, bien légitime d'ailleurs, « d'accroître son portefeuille, ou s'il est assez simple « et assez négligent pour accepter sans contrôle les « déclarations des personnes qu'il ne connaissait pas « la veille, c'est alors que la Compagnie a tout à

« craindre de gens peu scrupuleux qui désirent « réparer à ses dépens les brèches de leur fortune. »

C'est donc le devoir des agents de préparer soigneusement et consciencieusement leurs affaires; ils arriveront ainsi à enrayer la multiplication des mauvais risques.

Mais, sera-t-on peut-être tenté de nous dire, si la vraie garantie d'une Compagnie est dans un choix éclairé de ses agents, et si, quand ce choix est bien fait, la Compagnie n'a rien à redouter des entreprises de la mauvaise foi, pourquoi alors se montrer si minutieux dans les questionnaires, si rigoureux envers le proposant : la Compagnie n'a qu'à s'en prendre à elle, si elle a accepté un mauvais risque et recourir contre son agent?

Répondons tout d'abord que, pour ce qui est de l'affirmation que nous reproduisons plus haut, nous sommes loin d'en partager l'opinion; sans doute, elle renferme beaucoup de vrai, et l'agent est à même d'éliminer nombre de mauvais risques, mais il ne peut en savoir sur le compte de son client plus que ceux à qui il s'adresse, à moins d'être ami particulier du proposant; pour tout ce qu'il y a d'intime dans sa vie, et beaucoup de renseignements portent sur des choses que l'on cache jalousement à tout le monde, le proposant seul peut renseigner la Compagnie.

D'ailleurs l'agent, par lui-même, serait-il encore en mesure de fournir les détails les plus complets, puisque la Compagnie s'adresse au proposant, c'est qu'elle a ses motifs pour cela et puisque le proposant

l'accepte ainsi, il n'a qu'à se soumettre aux conditions du contrat tel qu'il le conclut librement.

Nous ne croyons rien devoir ajouter à ce que nous venons de dire au sujet des déclarations du proposant, non plus que sur le rapport confidentiel fourni par l'agent de la Compagnie, mais nous croyons utile de donner quelques détails sur la tâche du médecin examinateur et sur l'appréciation qui est faite de son examen par les conseils médicaux.

Nous avons affirmé, au cours de ce chapitre, le caractère indispensable de la visite médicale. Il n'est pas besoin de longs développements pour le faire comprendre. M. Schevichaven nous le dit, dans une forme très claire (1). « Dans le cas où tous les habitants d'un pays ou d'une ville s'assureraient à une même société, un examen de leur santé serait superflu. Pour un si grand nombre de personnes, la proportion entre le nombre de celles qui auront une longue existence et celles qui mourront jeunes sera sensiblement conforme à la proportion normale indiquée par la table de mortalité. L'existence de ce rapport normal a pour effet que les primes calculées sur cette base, que les survivants paient pour les prédécédés, demeureraient en effet suffisantes, pour satisfaire à toutes les obligations ». Mais la population totale ne s'assure pas, *il n'y en a même qu'une minime partie qui s'assure.*

Or, s'il était possible d'être accepté par une société d'ssurances sans que celle-ci se rende compte au préa-

(1) *Op. cit.*, p. 135.

lable de l'état de santé du candidat, la plupart des gens bien portants seraient d'avis que la dépense d'une prime d'assurances peut très bien être différée jusqu'à ce que leur santé soit atteinte, tandis que, au contraire, les maladifs afflueraient en masse pour garantir à leur famille un capital en cas de décès.

Le but de l'examen médical n'est pas de contrôler si une personne est actuellement en bonne santé, c'est seulement une enquête pour constater si la personne déterminée a vraiment la chance de vie que la table de mortalité indique pour une personne de son âge, dans des conditions normales.

— Admettons qu'une table de mortalité indique qu'après 50 ans, 44.000 personnes seront encore en vie sur un nombre déterminé de personnes nées à la même époque; — admettons ensuite, que cette même table de mortalité établisse que de ces 44.000 personnes il en restera 22.000 à l'âge de 72 ans, alors la durée moyenne d'existence d'une personne normale de 50 ans est de 72 — 50 = 22 ans. La chance de vivre encore 22 ans est la même que celle de mourir avant cet âge, en d'autres termes, elle a la même chance de faire partie des 22.000 personnes qui atteignent l'âge de 72 ans que des 22.000 qui n'arrivent pas à cet âge.

Or, l'examen médical a pour but de constater si la probabilité existe, qu'une personne désignée appartienne à tel groupe de contemporains ou à tel autre; si dans l'exemple, elle appartiendra ou non au groupe qui arrivera à l'âge de 72 ans — autrement dit, si sa chance de vie est inférieure à celle d'une personne de son âge dans des conditions normales.

Cette question a été laissée à d'autres médecins que les médecins examinateurs, le résultat de leur examen ne sert que de moyen, il est communiqué à d'autres médecins qui ont fait une étude spéciale de la partie de la science médicale qui se rattache aux assurances sur la vie, ce sont les conseils médicaux.

Il est naturellement, nous dit M. Schevichaven (1), très désirable que le médecin examinateur ait une idée bien nette de tout ce qui peut avoir une influence sur la chance de vie, de manière qu'il puisse répondre en connaissance de cause, à chaque symptôme constaté, à la question. « Ce symptôme est-il assez grave pour rendre probable le décès du client examiné avant l'âge moyen que les tables de mortalité indiquent pour les personnes de son âge? » La plupart des Compagnies mettent le médecin examinateur à même de faire connaître son opinion à ce sujet. Cependant cette tâche incombe plus spécialement aux conseils médicaux nommés avec la mission de donner aux directions leur avis sur l'admission ou le refus, et écoutés par celles-ci, incompétentes dans la matière, comme de véritables oracles.

Ces médecins ont acquis leurs connaissances par la pratique; par des études et des lectures et naturellement les cas multiples qui leur sont soumis journellement en rapport avec les observations qu'ils font sur la mortalité des assurés augmentent rapidement leur aptitude en la matière.

Ajoutons que dans un des États de l'Amérique du

---

(1) *Op. cit.*, p. 138.

Nord, une chaire spéciale aurait été fondée pour l'étude de la médecine, dans ses rapports avec l'assurance sur la vie. De l'avis du Conseil, il résulte que le risque est de premier ordre, et alors les Compagnies acceptent aux taux des primes normales, ou de deuxième ordre et alors elles n'acceptent qu'avec surprime : le client est admis avec une augmentation de 10 ans, il paie à 30 ans la prime qu'il ne paierait qu'à 40 si son risque était normal.

Pour certaines Compagnies, le risque de second ordre n'existe pas, il n'y a que l'acceptation ou le refus.

Exiger des réponses sincères répondant à des questions minutieuses, tels sont donc les droits et les intérêts de l'assureur.

Y satisfaire loyalement, avec toute l'attention de quelqu'un qui a conscience de l'importance de ses paroles, tel est le devoir strict du contractant. Voyons s'il s'en acquitte toujours à la satisfaction de la Compagnie avec laquelle il traite.

CHAPITRE II

Inexactitudes involontaires. Assurances frauduleuses.

SECTION I

Quelques exemples de fraude.

Il n'est pas besoin d'étudier longuement la question pour reconnaître qu'il n'en est malheureusement rien, et il n'y a qu'à feuilleter les décisions de jurisprudence en matière d'assurances pour reconnaître que pas mal d'entre elles se rapportent aux déclarations erronées ou mensongères du contractant.

Cela tient, et nous voulons parler des premières, à beaucoup de causes : négligence volontaire de l'assuré, qui ne comprend pas l'importance de ce qu'on lui demande et ne peut admettre qu'on perquisitionne ainsi dans sa vie privée; oubli de sa part, surtout quand il s'agit de renseignements sur les causes du décès de ses auteurs; ignorance encore, dans d'autres cas; mais surtout à deux illusions d'une nature particulière : l'illusion complaisante, qu'on aime à se faire sur sa propre santé, illusion entretenue par le médecin qui nous soigne et qui bien souvent doit, pour mener à bien sa tâche, éviter d'impressionner notre moral en même temps qu'il traite

notre corps, illusion bercée par les pieux mensonges de la famille qui nous entoure.

Autre illusion plus déterminante encore, et celle-là est la seconde que nous annoncions, celle du père de famille qui, loin de rechercher pour lui-même aucun lucre, accomplit un acte de prévoyance et de dévouement pour sa femme et ses enfants et sera souvent disposé à étouffer, sous l'inspiration de cette sollicitude, le scrupule qui pourrait l'arrêter s'il poursuivait des avantages personnels. Il ne se rend pas bien compte que la loyauté vis-à-vis des tiers contractants a, dans les deux cas, les mêmes exigences.

Mais s'il en est qui s'illusionnent sur eux-mêmes, d'autres que choque l'indiscrétion de l'assureur et qui trouvent bon de ne lui répondre que ce qui leur plaît, ceux-là, du moins, le font sans intention dolosive.

Bien différents sont ceux qui, faisant preuve d'une improbité caractérisée, voient dans un contrat d'assurances une opération capable de sauver une situation pécuniaire compromise et n'hésitent pas, pour atteindre ce but, à recourir à un mensonge ou même à une fraude.

On ne saurait dissimuler qu'à mesure que les assurances sur la vie pénètrent dans les mœurs et se répandent dans le public, les Compagnies se voient de plus en plus exposées aux entreprises de gens de mauvaise foi. En faisant l'éducation du public en matière d'assurances sur la vie, elles se trouvent en même temps avoir fait celle des fripons. Ce n'est pas à dire que les entreprises frauduleuses contre les Compagnies d'assurances datent d'aujourd'hui : il y a

longtemps que nos tribunaux répressifs eurent à s'occuper de semblables affaires. Mais nous ne craindrons pas d'être démenti, en disant qu'il y a sous ce rapport une aggravation certaine des dangers auxquels les Compagnies sont exposées.

Pour n'en donner que quelques exemples, les plus frappants, parlons de cette véritable association réunissant trois individus, dont deux, de par leurs fonctions, avaient l'avantage de s'y connaître en la matière.

C'est dans un numéro du Journal *La Loi* du mois de juin 1887, que nous relevons le compte rendu de leur passage sur les bancs du Tribunal correctionnel de Douai.

« Il s'agit, dit ce journal, d'une série d'actes frau-
« duleux d'importance considérable, commis au pré-
« judice des Compagnies d'assurances sur la vie,
« l'*Urbaine*, l'*Aigle* et le *Phénix*, par un agent d'assu-
« rances ayant pour complices un médecin et un
« négociant fort estimés jusqu'à ce jour.

« L'enquête a établi que les inculpés procédaient de
« la façon suivante. Ils recherchaient les personnes
« que leur état de santé condamnait à une fin plus ou
« moins prochaine, de pauvres ouvriers pour la plu-
« part et les décidaient, moyennant gratifications, à
« souscrire à leur profit des assurances sur la vie.
« Les sommes étaient importantes, on cite notamment
« le cas d'un ouvrier charpentier auquel ils avaient
« fait souscrire toute une série d'assurances formant
« un total de cent seize mille francs.

« Sur vingt et une personnes assurées par les pré-
« venus, dix-sept sont décédées en moins de dix-huit

« mois et une autre était à l'agonie au moment du « procès.

« D'après la prévention, voici comment procédaient « les trois inculpés : l'agent d'assurances recherchait « les assurables ; le médecin les déclarait tous sains de « corps, alors même qu'ils étaient phtisiques au der- « nier degré ; quant au négociant, il payait les primes. »

« Le tribunal correctionnel de Douai a prononcé la condamnation suivante :

« Bayelle, l'agent d'assurances, trois ans de prison et cent francs d'amende.

« Brabant, le médecin, cinq ans de prison et cent francs d'amende.

« Poulain, le négociant, six mois de prison et cinquante francs d'amende. »

Citons encore le procédé rapporté par Me Deffin, avocat de la *Confiance*, dans une lecture d'un extrait de Legrand du Saule, pour une affaire qui vint devant le Tribunal civil de la Seine, le 9 avril 1881 (*J. A.*, 81, p. 263).

« Les questions médico-légales relatives aux assu- « rances sur la vie ne rencontrent nulle part une « application plus saisissante qu'à l'occasion d'un état « morbide très grave et aujourd'hui d'une fréquence « vraiment alarmante, dans la classe aisée de la so- « ciété, je veux parler de la paralysie générale. L'indi- « vidu qui présente les symptômes de la paralysie « générale est un condamné à mort. Toutes les tenta- « tives de spoliation peuvent s'exercer autour de lui, « et les jours misérables qui lui restent à vivre ser- « viront au besoin d'appât à de criminelles ou auda-

« cieuses spéculations. Rien n'est plus facile. Le « malade s'ignore lui-même, et les médecins de la « Compagnie passent nécessairement à côté du vice « rédhibitoire.

« Deux hommes d'un certain âge et les deux frères « se présentent un jour dans le salon d'un médecin « aliéniste de Paris. L'un pénètre seul d'abord dans le « cabinet de notre confrère et le prie d'examiner avec « soin le malade qu'il lui amène. « Il n'a rien, dit-il, « il se porte bien et pourtant il n'est plus le même. » « Après un long interrogatoire, le frère aîné prend en « particulier le médecin aliéniste et le supplie de lui « parler à cœur ouvert. « Votre frère, répondit le doc- « teur, a des signes avant-coureurs de paralysie gé- « nérale ». Des explications furent ensuite réclamées « et données au sujet de cette terrible maladie et l'on « parla même de la possibilité d'une échéance fatale « dans l'espace de trois ou quatre ans. Les visiteurs « disparurent, mais une assurance de 100.000 francs « fut placée sur la tête du malade et, trois ans après, « le frère aîné recueillait tranquillement le produit de « son vol. »

Encore plus audacieuse, la substitution de personnes, telle qu'elle apparut devant le tribunal de la Seine, le 24 février 1885, dans l'affaire Cattelain contre la *Métropole*, et qui mérite d'être rapportée.

Le 17 novembre 1882, un sieur Gervais assuré pour 10.000 francs à la Compagnie *La Métropole* depuis le mois d'août précédent, mourait de phtisie.

La Compagnie avait d'autant plus lieu de s'étonner de ce décès que le certificat d'examen médical dépei-

gnait l'assuré comme vigoureux, sanguin, n'ayant jamais toussé. Elle fit faire une enquête et apprit que la phtisie à laquelle le sieur Gervais avait succombé était la suite d'une pneumonie remontant à plusieurs années et dont la récidive s'était manifestée au commencement de 1882.

Elle apprit encore qu'à la date de l'examen, le sieur Gervais atteint d'une sciatique aiguë ne pouvait marcher qu'avec des béquilles et qu'il était impossible d'admettre qu'il ait pu affronter lui-même la visite du médecin. La Compagnie refusa de payer et, en réponse à l'assignation lancée contre elle par la veuve Cattelain, bénéficiaire, elle déposa contre elle une plainte en escroquerie.

Au cours de l'instruction, le père de Gervais fit la déposition suivante:

« Dans l'année qui a précédé la mort de mon fils « Étienne, celui-ci m'a un peu confié que la veuve « Cattelain voulait l'assurer pour une somme de dix « mille francs payable à sa mort. Comme il était très « malade et n'avait plus que peu de temps à vivre, « cette opération m'apparut une véritable fraude vis- « à-vis de la Compagnie d'assurances. Aussi j'ai dé- « conseillé Étienne. Il m'a dit qu'il devait être exa- « miné par un médecin, qu'avant la visite, il se ferait « raser, boirait quelque chose et espérait ainsi paraître « mieux portant.

« Quelques semaines plus tard, je lui ai demandé « où en était l'affaire; il m'a répondu qu'il ne m'en « avait plus parlé parce que je l'avais détourné, mais « qu'on avait trouvé *un moyen très simple, qu'on avait*

« *présenté à sa place un autre individu.* Il ne m'a pas « dit qui était cet individu. »

Cependant, à la date du 13 décembre 1884, le Tribunal de Cambrai acquittait la veuve Cattelain en déclarant que, bien que la substitution fût certaine, il n'était pas suffisamment démontré qu'elle eût été provoquée par la personne à qui elle devait profiter.

C'est en cet état que le Tribunal de la Seine, saisi de la réclamation civile, eut à se prononcer et déclara nulle l'assurance de la veuve Cattelain, et dit que les primes versées à *La Métropole* lui resteront.

Citons, pour terminer, une fraude gigantesque qui se passa en Amérique, ou plutôt toute une série d'assurances dans lesquelles le proposant se joua des Compagnies, et qui ne dura pas moins de dix années.

Nous empruntons ces détails au journal l'*Insurances Times,* année 1879 (21 décembre).

Au mois de juillet 1868, le colonel Wolton-Dwigt, riche propriétaire à Binghampton, fut sollicité par M. Goodwin, représentant de la Compagnie la *Mutual Life* de New-York, de contracter une assurance de cent mille dollars. Ce capital devait servir à fonder un établissement de bienfaisance qui porterait le nom de son fondateur et resterait comme un témoignage de sa bonté. Cette idée plut beaucoup au colonel Dwigt et il voulut la mettre à exécution. Quand on lui posa la question d'usage : Avez-vous quelquefois craché le sang? il répondit affirmativement et entra même à ce sujet dans certains détails avec M. Goodwin qui lui dit franchement que la *Mutual Life* n'accepterait sans doute pas un risque sem-

blable, surtout si l'examen médical était fait par un médecin de Binghampton. Il lui conseilla d'aller à New-York se présenter à la visite du docteur de la Compagnie, persuadé que la belle prestance du colonel et son apparence de santé engageraient celui-ci à l'assurer malgré une certaine prédisposition aux hémorrhagies. Le colonel Dwigt se rendit à cet avis, mais l'accident qui eut lieu le 18 avril suivant sur l'Éric Railroard l'empêcha d'accomplir ledit voyage.

Deux ans après, M. Goodwin revint à Binghampton ; il y apprit du colonel lui-même que, peu après leurs pourparlers, celui-ci avait réussi à se faire assurer pour cent vingt mille dollars.

Le pressant alors d'augmenter le chiffre de ces assurances, le colonel lui répondit que de nouvelles propositions ne seraient sans doute pas acceptées en ce moment, car il souffrait depuis trois semaines d'une recrudescence de crachements de sang.

Dans le cours des années suivantes, le colonel fit de ruineuses spéculations et devint tellement embarrassé dans ses affaires qu'il abandonna la plus grande partie de ses polices et en racheta quelques-unes.

Dans ses propositions, datant du 18 novembre 1868 au 6 janvier 1869, il s'efforçait de dissimuler la vérité, il déclarait n'être pas assuré, n'avoir pas fait de propositions aux autres Compagnies, n'avoir eu ni affection des bronches, ni crachements de sang.

Le 6 janvier 1869, dans une proposition faite au *Craftmens Life,* il reconnaît avoir été atteint d'une bronchite.

Enfin, dans une autre proposition faite au *Stan-*

dard, il déclare avoir été atteint d'une affection des bronches avec crachements de sang. Le docteur de la Compagnie consentit cependant à l'assurer, mais en limitant à sept ans la durée de l'assurance. Ce fut alors que le colonel Dwigt acquit la certitude qu'il ne serait désormais pas accepté s'il disait toute la vérité dans ses propositions.

Au mois d'août 1878, sous le coup de grands embarras financiers, il fit à diverses Compagnies, à plus de vingt, dit-on, des propositions pour un chiffre qui dépassait trois cent mille dollars et, dans toutes, il affirmait n'avoir ni craché le sang, ni avoir été atteint de bronchite. D'après cette déclaration à laquelle on ajouta foi, il obtint une partie des assurances qu'il demandait profitant ainsi de ce que les Compagnies ignoraient ses aveux de 1868 et 1869. Quelques-unes, cependant, ayant eu connaissance de ses anciennes propositions, refusèrent de donner suite aux offres nouvelles qui leur étaient adressées. Dès que ce refus vint à être connu, d'autres Compagnies qui l'avaient assuré firent une enquête et lui écrivirent pour lui demander des explications. Le colonel Dwigt s'empressa de répondre qu'il n'avait jamais eu de crachements de sang.

Bientôt cependant, l'alarme gagna d'autres Compagnies qui ne délivrèrent pas les polices nouvellement souscrites, jugeant, d'après les anciennes propositions, qu'elles évitaient ainsi un mauvais risque. Celles qui avaient déjà remis les polices et reçu les primes trimestrielles refusèrent d'admettre de nouvelles propositions, demandant des explications et,

enfin, signifiant au colonel que ses polices étaient non avenues pour cause de fausse déclaration. La plupart d'entre elles envoyèrent à M. Dwigt des représentants chargés de lui demander les contrats et d'offrir la restitution des primes payées avec les intérêts; elles prirent ces dispositions vers le mois de septembre de l'année 1877, longtemps avant qu'un changement quelconque ait eu lieu dans l'état de M. Dwigt dont la santé paraissait très bonne.

Les Compagnies motivaient ces annulations en déclarant que les assurances du colonel Dwigt avaient été obtenues frauduleusement. Sur ces entrefaites, M. Dwigt était mis en faillite, passait à la Cour des Banqueroutes, en obtenait décharge dans l'après-midi du 15 novembre et mourait subitement le soir du même jour.

Cette mort imprévue fut attribuée à un suicide, et les Compagnies, se fondant sur les réticences et fausses déclarations qu'elles avaient constatées, refusèrent de payer le montant des assurances qui s'élevait à plus de trois cent mille dollars.

Dans les détails qui précèdent le compte rendu de cette affaire, nous relevons des réflexions faites par l'*Insurances Times* qui, bien que fortement empreintes de sympathie pour les assureurs, n'en sont pas moins justes dans certains cas et, pour cela, curieuses à reproduire.

« Elles ont, nous dit ce journal, à lutter contre le sentiment populaire qui prend fait contre elles. On est généralement disposé à reconnaître à l'assuré toutes sortes de droits pour se procurer une police : réti-

cences, fausses déclarations, tout lui est permis ; quant aux Compagnies, le seul droit qu'on leur accorde, c'est celui de payer. On s'imagine que l'on défend ainsi le plus grand nombre contre l'injustice et la tyrannie que représentent les gros capitaux. »

Il y a là, nous semble-t-il, l'analyse d'un sentiment très commun, et ce qui arrive en matière d'assurance est bien comparable à ce qui se passe envers l'État en matière de douanes et d'impôts indirects. Dès lors qu'on se trouve aux prises avec quelque chose d'impersonnel, l'État, une Compagnie d'assurance, la même réflexion vient à l'esprit de beaucoup ; l'État est assez riche, les Compagnies sont assez riches ; frauder l'État ou les Compagnies, c'est frauder une entité, c'est ne frauder personne ; ou pour d'autres, frauder quelqu'un pour qui le caractère impersonnel est le gage d'une richesse suffisante.

Bien naïf ou bien triste raisonnement. L'État, qu'est-il sinon l'ensemble des citoyens de tout un pays? Qu'est la Compagnie, sinon la réunion de tous ceux qui ont apporté leur argent dans un même but, garantir les risques des assurés? Et de cela on se rend encore mieux compte si l'on ne voit dans l'assureur qu'un intermédiaire, et si l'on croit véritablement que chaque assuré est garanti par la collectivité de ses coassurés.

Et quand une Compagnie se défend contre les fraudes, ce n'est pas seulement ses intérêts à elle qu'elle défend, mais bien ceux de tous les assurés. Ceux-ci n'ont-ils pas intérêt à voir la Compagnie à laquelle ils sont assurés prospérer au lieu de se laisser

indignement tromper? Ne sont-ils pas, en somme, ses créanciers et ne va-t-on pas jusqu'à reconnaître à ces derniers le droit d'exercer l'action de leur débiteur quand celui-ci se montre négligent?

C'est assez dire que frauder la Compagnie, c'est frauder ses coassurés dans leurs garanties, c'est justifier la vigilance dont les assureurs doivent faire preuve.

Et cependant, bien des fois, des considérations de concurrence ont décidé des assureurs à régler sans protestation des sinistres bien sujets à caution. Agir ainsi, c'est encourager la fraude, car si un procès même bien fondé fait quelque tort à la production d'une Compagnie dans la contrée où il se produit, un règlement trop facile lui attire infailliblement la clientèle des gens qui ne se sentent pas en état d'être acceptés par une Compagnie plus sévère dans son choix des risques. Et, s'il faut en croire l'*Insurances Times*(1), « ce serait trahison et lâcheté de la part d'une Com-« pagnie que de reculer devant l'impopularité d'un « refus de paiement; au lieu de conserver son carac-« tère bienfaisant et civilisateur, elle deviendrait la « cause de la plus effrayante démoralisation! »

---

(1) *Insurances Times*, article précité.

SECTION II

Moyens de défense des Compagnies.

Contre de tels dangers, les Compagnies d'assurances sur la vie ont-elles du moins des moyens de défense suffisants? La loi est-elle venue édicter des dispositions rigoureuses et uniformes? Il n'en est rien.

Quels sont les textes de loi sur lesquels les Compagnies peuvent s'appuyer pour réprimer ces fraudes? On peut dire qu'aucun n'a été fait pour l'assurance sur la vie; les rédacteurs de nos Codes ont laissé ce contrat dans l'oubli; bien plus, ils lui étaient hostiles et aucune loi postérieure n'est jusqu'ici venue combler cette lacune véritable de notre droit.

Et cependant dans les rares textes que l'on peut appliquer aux assurances sur la vie par analogie avec le contrat auquel ils se réfèrent, on reconnaît chez le législateur la préoccupation constante d'éviter et de réprimer les fraudes.

C'est d'abord l'article 348 du Code de commerce, lequel dit expressément : « Toute réticence, toute « fausse déclaration de la part de l'assuré qui dimi- « nueraient l'opinion du risque ou en changeraient le « sujet, annulent l'assurance. L'assurance est nulle, « même dans le cas où la réticence, la fausse déclara- « tion n'auraient pas influé sur le dommage ou la « perte de l'objet assuré. »

Ce texte est écrit dans la section première du titre

deuxième du Code de commerce, section qui traite du contrat d'assurance, de sa forme et de son objet; l'on pourrait croire, le terme étant général, qu'il s'applique à notre contrat; mais la lecture du texte nous fait comprendre qu'il s'agit de l'assurance maritime : l'on y parle, en effet, de navire et de capitaine, cela ne laisse aucun doute.

Ce sont encore les articles 1974 et 1975 s'occupant de conventions viagères :

Art. 1974. — « Tout contrat de rente viagère émis sur la tête d'une personne qui était morte au jour du contrat, ne produit aucun effet. »

Art. 1975. — « Il en est de même du contrat par lequel la rente a été émise sur la tête d'une personne *atteinte de la maladie* dont elle est décédée dans les vingt jours de la date du contrat. »

La loi du 11-15 juillet 1868, portant création par l'État de la Caisse d'assurances en cas de décès, vient encore à l'appui de nos dires, elle dispose dans son article 3 :

« Toute assurance faite moins de deux ans avant le décès de l'assuré demeure sans effet. Dans ce cas, les versements effectués sont restitués aux ayants droit avec les intérêts simples à 4 °/₀;

« Il en est de même, lorsque le décès de l'assuré, quelle que soit l'époque, résulte de causes exceptionnelles qui seront définies dans les polices d'assurances. »

A défaut de textes spéciaux, on a usé de trois procédés pour réglementer la matière :

Tout d'abord, on a appliqué au contrat d'assu-

rances les règles générales des contrats et en ce qui concerne l'étude que nous faisons, on a fait appel aux articles 1109 et 1110 du Code civil, ainsi conçus :

Art. 1109. — « Il n'y a point de consentement valable si le consentement n'a été donné que par erreur, ou s'il a été extorqué par violence ou surpris par dol. »

Art. 1110. — « L'erreur n'est une cause de nullité de la convention que lorsqu'elle tombe sur la substance même de la chose qui en est l'objet. »

De leur côté, les Compagnies ont introduit dans leurs polices une clause formelle qui sert de loi aux parties, ainsi qu'il en est de droit commun d'après l'article 1134. « Les conventions loyalement formées tiennent lieu de loi à ceux qui les ont faites. »

Cette clause est conçue ordinairement comme il suit, dans les polices françaises :

« Les déclarations, soit du contractant, soit du tiers assuré, servent de base au présent contrat. Toute réticence, toute fausse déclaration qui diminueraient l'opinion du risque ou qui en changeraient le sujet, annulent l'assurance et dans ce cas, les primes payées restent acquises à la Compagnie (1). »

Dans les polices américaines :

Article 1er. — « Le présent contrat est émis sur la foi des déclarations et conventions contenues dans la proposition d'assurance, ainsi que des déclarations faites au médecin de la Compagnie (2). »

---

(1) Conditions générales de la Compagnie *La Dordrecht*, art. 2.
(2) Ibid., *La New-York Life*, art. 1er.

Art. 13. — « Si une déclaration faite dans la proposition d'assurance, se trouve fausse à quelque égard que ce soit, le contrat deviendra nul et sans effet, et toutes les primes payées demeurent acquises à la Compagnie, pourvu, toutefois, que cette fausse déclaration soit découverte par la Compagnie et notifiée à l'assuré dans les trois ans de la date du présent contrat. »

Dans les polices anglaises (1) :

Art. 1er. — « Toute déclaration ou assertion inexacte, toute réticence même non frauduleuse, de nature à surprendre le consentement de la Compagnie ou à modifier l'opinion du risque, entraîne l'annulation de la police. »

Dans les polices allemandes :

Art. 4. — « L'obligation de payer la somme assurée est éteinte au profit de la Compagnie et toutes les primes payées par les assurés lui sont acquises, lorsque, à la connaissance de l'assuré, de fausses affirmations ont été faites dans les déclarations qu'il a produites dans son acte de naissance ou dans les certificats relatifs à son état de santé. »

Enfin, comme dernière source de droit en la matière, nous avons les solutions de la jurisprudence, qui a créé ici, en l'absence de loi, un véritable droit prétorien, et surtout les décisions de la Cour de cassation qui, après avoir été flottantes au début, ont fini, dans ces dernières années, par se fixer et par s'im-

---

(1) Chaufton, *Les Assurances*, p. 300.

poser tel qu'aurait pu le faire le texte qui nous manque.

Nous ne pouvions nous dispenser d'étudier cette jurisprudence, et c'est par le dépouillement des arrêts rendus sur la question depuis l'année 1875 jusqu'à nos jours, que nous avons essayé de dégager une théorie générale de la fausse déclaration en matière d'assurance sur la vie et de ses effets.

DEUXIÈME PARTIE

Nous venons de voir, par ce qui précède, que le contrat d'assurances sur la vie peut être vicié par les fausses déclarations du proposant; nous avons essayé de montrer comment, en parlant de l'influence des déclarations sur le choix de la Compagnie et partant sur le risque, nous allons maintenant nous efforcer de déterminer dans quel cas le contrat se trouve vicié, c'est-à-dire rechercher les caractères que doit présenter la fausse déclaration pour être retenue comme vice du contrat d'assurances sur la vie.

CHAPITRE PREMIER

La fausse déclaration doit modifier l'opinion du risque.

L'article 348 du Code de Commerce n'attache la sanction de nullité qu'aux réticences et fausses déclarations qui diminueraient l'opinion du risque (1).

(1) Ce texte a été évidemment écrit pour l'assurance maritime comme le prouvent les termes mêmes dans lesquels il est rédigé, cependant tous les auteurs sont d'accord pour l'appliquer par voie d'analogie à l'assurance terrestre.

Que veut dire cette expression « qui diminueraient l'opinion du risque? » Nous pensons que l'article 348 ne fait là qu'édicter la sanction d'une disposition écrite dans un texte plus général, l'article 1109, qui se réfère aux conventions et qui est ainsi conçu : « Il n'y a point de consentement valable si le consentement n'a été donné que par erreur ou s'il a été extorqué por violence ou surpris par dol. »

L'erreur simple ou dolosive produite par la fausse déclaration ou la réticence, voilà ce qui peut vicier tout contrat et en particulier le contrat d'assurances, par une diminution de l'opinion que l'assureur se fera du risque. Mais pour l'erreur, il faut que la diminution de l'opinion qu'elle cause, porte sur des qualités substantielles, c'est ce que nous dit l'art. 1110 : « L'erreur n'est une cause de nullité de la convention, que lorsqu'elle tombe sur la substance même de la chose qui en est l'objet. »

Pour définir l'erreur substantielle en notre matière, nous nous en rapporterons pour le moment, avec M. Dupuich (1), à la définition de Pothier, qui, pour tout le titre des contrats, a servi de guide aux auteurs du Code civil. Or, suivant Pothier, « l'erreur annule la convention, lorsqu'elle tombe sur la qualité que les parties ont eue principalement en vue et qui fait la substance de la chose. »

Il faut donc que l'erreur porte sur une qualité prin-

---

(1) *L'Assurance sur la Vie*, p. 117, Dupuich. Nous réservons la controverse sur *La Mauvaise Foi* pour un de nos chapitres ultérieurs.

cipale, dans les parties faisaient la condition essentielle du contrat; il faut donc, pour la connaître, voir ce que les parties ont eu en vue en contractant.

Or, ce que la Compagnie d'assurances a voulu, c'est assurer un risque normal; d'après quelles bases l'assureur juge-t-il qu'il en est ou non ainsi? C'est en se référant aux réponses que le proposant fait à ses questionnaires; c'est dire que ceux-ci sont l'énumération des qualités substantielles qu'il désire trouver chez son assuré. Toute erreur portant sur la réponse à une des questions posées dans les différents questionnaires doit donc être réputée substantielle et vicier le contrat.

Le dol aboutit au même résultat, l'article 1111 nous dit : « Le dol est une cause de nullité de la convention lorsque les manœuvres pratiquées par l'une des parties sont telles qu'il est évident que, sans ces manœuvres, l'autre partie n'aurait pas contracté. » Toutes manœuvres ayant pour but de tromper l'assureur sur la véritable qualité du risque et de le faire contracter alors qu'il ne l'aurait pas fait si son opinion du risque n'avait été faussée par lesdites manœuvres, ont pour résultat de vicier le contrat et de le faire tomber sous le coup de la sanction édictée par l'article 348 du Code de commerce.

Les questionnaires des Compagnies étant l'indication de ce qu'elles considèrent comme essentiel à savoir et étant l'énumération des conditions substantielles, il s'ensuit que la fausse déclaration sera le plus souvent modificative de l'opinion du risque et, partant, l'article 348 s'appliquera.

Pourtant, certaines fausses déclarations ont été considérées comme ne possédant pas ce caractère par la jurisprudence, parce que, d'après elle, l'objet de la fausse déclaration ne constituant pas une condition substantielle, la réticence n'était pas suffisante pour modifier l'opinion du risque dans son esprit.

Il en est ainsi au point de vue maladie, par exemple, quand le contractant a omis dans ses déclarations de mentionner :

1° Des accidents passagers, disparus sans laisser de traces (jugé ainsi par la Cour d'appel de Paris, 22 mars 1893, *J. A.*, 93, 434), que l'assuré ne pouvait croire suffisants pour modifier l'opinion du risque.

2° Des faits sans gravité n'ayant laissé « trace, inquiétude ou souvenir » et sans corrélation avec la maladie qui avait entraîné la mort (Trib. civ. de la Seine, 29 oct. 88; *J, A.*, 89, 15).

Il est vrai de dire que dans ces deux premiers cas, outre l'argument tiré de ce qu'il n'y avait pas diminution possible du risque, les juges s'appuient, dans le premier cas, sur l'affirmation toute de bonne foi de l'assuré, et, dans le second, sur la non-corrélation du fait dissimulé avec la maladie cause de la mort. Nous examinerons ces arguments en temps et lieu.

3° Une maladie indifférente à la durée de la vie. Il fut jugé, le 7 janvier 1879 (*J. A.*, 79, 134), que « le fait de n'avoir pas révélé au médecin de la Compagnie une infirmité qui n'a aucune relation avec le plus ou moins de durée de la vie de ceux qui en sont atteints, est une omission indifférente qui n'est pas une réticence au point de vue juridique du mot. »

Pour que l'omission soit une réticence de nature à annuler le contrat, il faut qu'elle entraîne la dissimulation d'une circonstance qui, si elle n'a pas influé sur la durée de la vie, aurait pu, du moins, le faire. Dans l'espèce, il s'agissait d'une dame Pierrard qui avait eu, avant la conclusion du contrat, deux accouchements pénibles avec forceps et qui était restée affligée d'une déchirure du périné, infirmité qui, tout incommode qu'elle est, ne peut exercer sur le plus ou moins de durée de la vie aucune influence.

Il n'y a pas non plus réticence dans le cas d'une déclaration peu catégorique parce que, ici, l'attention de la Compagnie étant éveillée par la déclaration elle-même, elle peut, si elle le juge bon, ne pas s'en rapporter à cette déclaration seule pour apprécier le risque, et, étant en quelque sorte avertie, prendre, pour se faire une idée du risque, ses renseignements ailleurs ; la déclaration, dans ce cas, n'aura pas trompé l'assureur, elle n'aura pas servi à modifier son opinion du risque. C'est ce qui a été jugé par le Tribunal de commerce de la Seine (12 mars 1892, *J. A.*, 92, p. 197), dont nous reproduisons les principaux attendus : « Ne commet pas une réticence le souscripteur de la police qui fait une réponse peu catégorique, mais suffisante pour éveiller l'attention de l'assureur ;

« Attendu qu'il est établi qu'avant de consentir l'assurance dont il s'agit, *La Confiance* a chargé un médecin d'examiner l'assuré et que le dit médecin, mandataire de la Compagnie, a répondu minutieusement au questionnaire qui lui fut soumis ;

« Qu'à la question catégorique y contenue : « Y a-t-il

des présomptions d'alcoolisme ? », il fut répondu textuellement « boit quelquefois la goutte, comme on dit dans le pays ; mais, qui ne la boit pas maintenant ? »

« Que, loin de faire des réticences ou de fausses déclarations, *l'assuré a donc appelé l'attention du préposé de la Compagnie sur ses habitudes* et qu'il *appartenait dès lors à celui-ci de pousser ses investigations sur l'intensité* du vice attribué à l'assuré ;

« Que si la Compagnie a traité dans ces conditions, alors que son attention a été mise en éveil, elle ne saurait être fondée à en faire aujourd'hui un grief à la demanderesse.

« Par ces motifs, condamne la Compagnie... »

Pour les mêmes raisons, il a été jugé (Trib. civil de la Seine, 23 janvier 1890 ; *J. A.*, 91, p. 238), qu'il n'y a pas de fausse déclaration dans le fait de n'avoir pas signalé à la Compagnie une maladie qui se manifestait à tous par des symptômes apparents, non plus que dans le fait par l'assuré d'avoir pris la qualification de maître d'hôtel alors que, en réalité, il tenait une maison de tolérance, fait à la connaissance de l'agent. Disons, pour terminer, que l'appréciation des tribunaux est ici souveraine ; il n'y a aucune règle fixe pour déterminer quelle circonstance plutôt que telle autre est de nature à modifier l'opinion du risque, les juges s'en rapportent, pour décider de la question, aux circonstances de la cause. Ils font aussi entrer en ligne de compte d'autres considérations ; c'est ainsi que dans les arrêts que nous venons de citer, les juges ont motivé leurs décisions, d'une façon sup-

plémentaire, du fait qu'il n'y avait aucun rapport entre la maladie dissimulée et celle dont l'assuré était mort ; ou bien encore ont fait valoir et ressortir la bonne foi de l'assuré qui ne fait pas de déclaration catégorique, ce qui suffit pour éveiller l'attention de la Compagnie (ou qui juge inutile d'instruire la Compagnie d'une maladie que tout le monde lui connaît et que le médecin lui-même a constatée).

Ces dernières considérations peuvent avoir certainement leur poids dans la balance ; cependant, il s'est élevé à leur sujet de si graves discussions, qu'il sera bon d'approfondir leur valeur : c'est ce que nous ferons quand l'ordre du plan que nous nous sommes tracé les appellera vers notre étude ; nous avons, en effet, rejeté à la fin de l'examen des conditions que doit posséder la réticence, l'étude de la question de bonne foi, car nous avons pensé que, pour la juger en toute connaissance, il était bon d'être auparavant sérieusement documenté sur la théorie générale de la réticence.

Pour ce qui est de savoir si l'on doit exiger un rapport entre la maladie dissimulée et la maladie cause du décès, la question sera examinée par nous dans le chapitre de la Réticence pour maladie où sa place y est toute naturelle.

CHAPITRE II

La fausse déclaration doit être contemporaine du contrat.

Pour apprécier si les qualités requises pour former un consentement libre ont véritablement existé, il faut se placer au moment de la conclusion du contrat ; c'est à ce moment qu'il y a eu accord de volonté, c'est à cette époque qu'il faut se reporter pour savoir si ce consentement n'a pas été surpris à l'aide de manœuvres dolosives, égaré par de fallacieuses déclarations et détourné du but que se proposait le contractant, but qui est, dans notre cas, et pour l'assureur, l'assurance d'un risque normal.

Dans le contrat d'assurance sur la vie, à quel moment le contrat est-il légalement formé? Est-ce au moment de l'accord des volontés, manifesté par l'émission et la signature de la police; est-ce à une époque ultérieure? S'il est permis de douter, c'est à cause de la rédaction d'une clause des polices, relative au contrat. Elle est d'ordinaire ainsi conçue : « Le risque ne commence à courir qu'à partir du paiement de la première prime ».

Dans d'autres polices, la Compagnie se montre encore plus catégorique, et l'on peut lire dans les « conditions générales » de la Compagnie *La New-*

York-Life : « Art. 4. — La police *n'aura d'existence* et d'effet que lorsque la première prime aura été payée à la Compagnie et acceptée par elle, l'assuré se trouvant alors en vie et en bonne santé. »

Que décider alors si une modification survient dans la valeur du risque entre la signature de la police et le versement de la première prime? et si l'assuré la passe sous silence quand il s'acquitte de la première échéance, y a-t-il ou non fausse déclaration?

La question s'est présentée pratiquement dans une affaire entre la Compagnie *Le Monde* et une demoiselle Dervin qui, du mois d'avril 1880 au mois de mai 1885, épuisa toutes les juridictions (c'est dire qu'elle parut intéressante à plaider), et nous ne pouvons moins faire que d'en retracer les principales phases.

M. Dervin, décédé à Bruxelles le 27 mai 1877, avait contracté avec la Compagnie *Le Monde* une assurance sur la vie. Dans la police du 29 novembre 1876, la Compagnie s'engageait à payer, lors du décès de M. Dervin, aux demoiselles Dervin une somme de 10.000 francs, moyennant une prime annuelle de 461 francs, payables le 29 novembre de chaque année, à partir du jour du contrat et d'avance, au domicile de la Compagnie. M. Dervin, ne payant pas la première prime après de nombreuses démarches faites par un agent de la Compagnie, fut mis en demeure par une sommation régulière qui ne produisit aucun résultat.

Le 27 mai 1877, un individu se présenta aux bureaux de l'agent général et offrit le montant de la

prime due, assurant que M. Dervin était en parfaite santé, mais qu'une légère indisposition l'empêchait de venir payer lui-même. M. Dervin mourait le soir même. La Compagnie apprit plus tard que, depuis vingt jours, M. Dervin était atteint de la maladie qui l'avait emporté.

En l'état, les demoiselles Dervin ont réclamé le capital assuré; *Le Monde* refusa et répondit que si la prime avait été reçue par l'agent général, ce n'est que par suite des manœuvres mensongères et dolosives de l'homme d'affaires de Dervin; que l'assurance étant un contrat de bonne foi, toute fausse déclaration devait entraîner la nullité de l'assurance, même lorsque le contrat ayant été résilié, un accord est intervenu pour le faire revivre.

L'affaire vint devant le tribunal civil de la Seine, à l'audience du 1er avril 1880; les demoiselles Dervin furent déboutées de leur demande et l'assurance déclarée déchue par un jugement fortement motivé, dont voici les principaux attendus :

« Attendu qu'il était convenu que le paiement de la première prime aurait lieu immédiatement et que la police n'aurait d'effet qu'à partir du paiement de cette première prime;

« Attendu que Dervin n'a pas payé la première prime et que les agents de la Compagnie, au lieu de considérer la police comme non avenue, à défaut du paiement de cette prime, ont tenté d'en obtenir le versement ;

« Attendu qu'il est constant que ce ne fut qu'à raison des assertions mensongères et dolosives de

Borde (beau-frère de Dervin, qui se présenta à l'agent de la Compagnie, Aconin, comme l'homme d'affaires de Dervin), que Aconin se décida à recevoir la somme de 466 francs, montant de la première prime et des frais de police, et à en délivrer le reçu qui, préparé à l'avance, portait la date du 1er décembre 1875;

« Attendu que les réclamations et mises en demeure dont Dervin a été l'objet impliquaient de la part de la Compagnie une renonciation au droit qu'elle avait de refuser un paiement tardif de la première prime et d'empêcher, par ce simple refus, la police de pouvoir produire effet;

« Attendu, en conséquence, qu'à n'envisager que la date du paiement, on peut admettre qu'au 27 mai 1877 le délai imparti par Aconin n'étant pas expiré, Dervin aurait pu encore payer sa première prime;

« Mais, attendu que la Compagnie n'ayant renoncé à aucun autre de ses droits, il est évident que Dervin n'aurait pu faire utilement le paiement dont s'agit, contraindre la Compagnie à l'accepter et à donner effet à la police que si, au jour du paiement, les choses avaient été au même état au point de vue des risques, qu'au jour de la signature de la police, jour où l'examen et l'appréciation raisonnée des risques avaient déterminé le consentement de la Compagnie;

Attendu qu'il est certain que le 27 mai 1877, quand Dervin, peu d'heures avant son décès prévu par lui et sa famille, a fait faire par Borde le paiement, les risques étaient tout autres qu'ils n'étaient le 29 novembre 1876, jour de la signature de la police;

« Attendu dès lors qu'on ne saurait concevoir que

le fait du paiement, alors que les risques étaient aggravés d'une façon désastreuse, ait pu donner rétroactivement effet à une police consentie dans la prévision de risques tout différents et moins graves;

« Attendu que Dervin et Borde avaient si bien compris cela, qu'au lieu de dire la vérité, ils se sont concertés pour que Borde usât de manœuvres dolosives envers Aconin, afin d'écarter de son esprit tout soupçon de changement de risques, et de lui faire accepter le paiement qu'il eût assurément refusé s'il avait connu l'état de Dervin;

« Attendu, en outre, qu'il est de la nature du contrat d'assurance, que toute fausse déclaration, toute réticence annule le contrat;

« Attendu que le fait d'avoir dissimulé l'énorme augmentation des risques constitue une fausse déclaration;

« Par ces motifs, déclare les demoiselles Dervin mal fondées en leur demande contre la Compagnie *Le Monde*, les en déboute et les condamne en tous les dépens. »

Appel ayant été interjeté de ce jugement par M^lles^ Dervin, la Cour d'appel de Paris eut à se prononcer dans son audience du 19 avril 1882; elle confirma purement et simplement la décision du Tribunal civil de la Seine.

La Cour: « — Adoptant les motifs des premiers juges et considérant, en outre, qu'aux termes de la police du 29 novembre 1876, l'assurance n'a d'effet qu'à la suite du paiement de la première prime, qu'il est certain que le versement fait le 27 mai entre les mains

de l'agent de la Compagnie n'a été accepté que grâce au soin avec lequel Borde a dissimulé à cet agent le changement survenu dans l'état de Dervin ;

« Qu'effectué dans ces circonstances, il n'a pu produire aucun effet et que les premiers juges ont avec raison considéré le contrat comme nul;

« Confirme..... »

Pourvoi fut formé par la demoiselle Dervin devant la Cour de cassation qui, le 30 avril 1884, rendit l'arrêt suivant :

La Cour : « — Vu l'article 348 du Code de commerce;

« Attendu que si toute réticence ou fausse déclaration qui modifierait l'appréciation du risque annulent le contrat d'assurance sur la vie humaine, il est nécessaire *que cette dissimulation se produise au moment où les parties s'engagent* l'une envers l'autre; qu'alors seulement le consentement d'un des contractants se trouve vicié par le dol de l'autre;

« Attendu qu'il était en outre convenu que la police n'aurait d'effet qu'après le paiement de la prime de la première année;

« Attendu que, contrairement à ce que soutient la Compagnie, l'arrêt attaqué ne décide nullement, dans ses motifs, qu'un pareil acte n'était qu'un simple projet destiné à ne devenir contrat définitif que par le paiement effectif de la première prime; que la Compagnie était au contraire dès à présent engagée et ne pouvait cesser de l'être qu'autant que Dervin ne paierait pas exactement la prime; que, sans doute, le paiement immédiat auquel il s'était obligé n'ayant

point eu lieu, la Compagnie défenderesse restait maîtresse de considérer le contrat comme non avenu et de refuser le paiement qui lui serait tardivement offert, mais que si, préférant maintenir le contrat, elle réclamait, comme elle l'a fait, le paiement de la prime convenue et accordait spontanément à Dervin un délai pour l'accomplir, il ne lui était plus loisible de refuser ledit paiement s'il lui était offert avant l'expiration du délai;

« Qu'il importe donc peu qu'à ce dernier moment le mandataire de Dervin ait dissimulé à la Compagnie l'état de maladie grave dudit Dervin, qu'on ne saurait en effet prétendre que l'obligation de la Compagnie ait pris seulement naissance à ce moment puisque le paiement de la prime n'était que l'exécution d'une convention préexistante et l'accomplissement, en temps utile, d'une condition sans laquelle l'engagement de l'assureur se serait évanoui; qu'ainsi *c'était uniquement au 29 novembre 1876, jour de la signature de la police, qu'il y avait lieu de se reporter* pour apprécier la validité du contrat d'assurances et que la sincérité des déclarations faites ledit jour par l'assuré n'a jamais été critiquée. Casse..... »

L'affaire revint enfin devant la Cour d'appel d'Amiens le 21 mai 1885 et la Cour « considérant qu'il n'importe pas que l'état de santé de Dervin ait changé dans l'intervalle, ou ait été dissimulé à la Compagnie le jour où la prime a été payée;

« Que, d'une part en effet, le risque avait été définitivement apprécié le jour de la convention et que, d'autre part, la dissimulation ne s'étant pro-

duite en vue ni de cette appréciation, ni de l'obtention d'un délai, est indifférente à la validité d'un contrat complet dès l'origine et à la régularité d'un paiement retardé par la volonté libre de l'assureur ;

« Par ces motifs, condamne la Compagnie *Le Monde.....* »

De ce qui précède, il résulte que le souscripteur n'est pas tenu de déclarer l'aggravation de risque qui a pu survenir entre la date de la police et le paiement de la première prime.

Et pourquoi ? l'argument principal de la Cour de cassation, reproduit par la Cour d'Amiens, est celui-ci, à savoir : que l'acte passé entre la Compagnie et l'assuré « n'était pas un simple projet destiné à ne devenir contrat définitif que par le paiement effectif de la première prime, que la Compagnie était au contraire dès à présent engagée et ne pouvait cesser de l'être, qu'autant que Dervin ne paierait pas exactement la première prime. »

Sans doute, il n'y avait pas là un simple projet, le contrat était parfait dès la signature de la police et la Compagnie était dès lors engagée, mais, si contrat il y a dès le moment de la signature de la police, nous nous posons la question de savoir quel est ce contrat. Ne doit-on pas, dans l'interprétation des conventions, rechercher la volonté des parties, et ne peut-on le faire ici alors qu'elle est si clairement exprimée dans la clause des polices. « La police n'aura d'existence et d'effet que lorsque la première prime aura été payée à la Compagnie et acceptée par elle, l'assuré se trouvant alors en vie et en bonne santé. »

La Compagnie avertit le contractant, que la « police n'aura d'existence....., etc., c'est dire que le contrat pour sa validité est soumis à la condition que l'assuré paiera la prime et sera à ce moment en bonne santé.

N'est-ce pas là un contrat affecté d'une condition suspensive et pour examiner si cette condition est réalisée, n'est-il pas temps de se placer au jour du paiement, ne peut-on soutenir que si faussement l'assuré a fait croire à la réalisation de la condition, « le paiement, et la bonne santé existante à ce moment », le contrat qui se formait rétroactivement ne s'est pas formé par suite, le dol étant découvert, de la non-arrivée de la condition? Pour nous, nous le pensons.

Quoi qu'il en soit, l'arrêt de la Cour de cassation à fait jurisprudence et il n'en est pas moins vrai que dans l'espèce, la Cour de cassation a donné raison au dol et à la fraude.

La prime que devait le boucher Dervin était payable, pour la première, le jour du contrat, c'est-à-dire le 29 novembre 1877. Pendant près de six mois, Dervin reste sourd aux sollicitations de la Compagnie lui demandant d'effectuer le paiement; une sommation régulière ne fait pas plus d'effet; la maladie arrive, il pense à payer sans doute, mais il veut être sûr qu'il ne paiera pas par crainte d'une indisposition peu grave, il attend pour s'exécuter de n'avoir plus, ni sa famille, aucune illusion sur son sort; il dépêche vite son beau-frère qu'il fait passer pour son homme d'affaires, qui n'hésite pas à mentir effrontément aux questions qu'on lui pose sur la santé de Dervin,

ensuite de quoi, la conscience tranquille, il meurt le soir même.

Rien de plus facile et de plus avantageux que de comprendre l'assurance de cette façon, on accepte bien que dès le premier jour la Compagnie coure les risques qui lui sont propres et qui, nous l'avons vu, sont bien des fois plus considérables, mais on attend pour s'engager, soi, de n'avoir plus rien à risquer et d'être, hélas ! fixé sur son sort. Cela ressemble assez à celui qui, ayant assuré sa maison contre l'incendie, laisse quelquefois deux ou trois primes en retard et s'empresse de courir les verser quand il voit les étincelles jaillir de son toit. C'est à ce raisonnement qu'aboutit la doctrine inaugurée par l'arrêt de la Cour de cassation.

Les assureurs doivent voir là un enseignement pratique qui n'est pas à dédaigner : c'est qu'il n'est pas sans danger d'accorder, comme on le fait trop souvent, des délais pour la régularisation des polices et le paiement de la prime de souscription. S'il faut en croire les conseils dont un homme expert en la matière a voulu nous faire profiter, l'assuré qui fait attendre au-delà de quelques jours la régularisation définitive du contrat d'assurances, qu'il a accepté, n'est pas convaincu des avantages de l'assurance ou bien il est hors d'état de payer la prime. Dans l'un et l'autre cas il est probable qu'il ne continuera pas longtemps le paiement; ce n'est pas un client dont la perte soit bien regrettable.

Mais il y a plus, en acceptant ainsi que des contrats restent en souffrance pendant plusieurs mois, grâce

au raisonnement ingénieux que nous avons signalé plus haut, il arrivera que la Compagnie récoltera tous les mauvais risques et paiera tous les sinistres qui pourront se produire, sans avoir, ce qui est pourtant la condition essentielle de toute assurance, le profit des affaires dans lesquelles l'aléa aurait tourné à son avantage.

Il est certain que les nécessités de la concurrence obligent les agents à bien des ménagements envers leur clientèle; cependant nous croyons que quinze jours, un mois au plus sont des délais suffisants, pour la régularisation des affaires réalisées dans des conditions sérieuses; les Compagnies agiront sagement en exigeant rigoureusement le renvoi des polices, régularisées ou non, dans ce délai et en ne consentant ensuite à recevoir la prime de souscription qu'après un nouvel examen médical.

Ajoutons que les Compagnies ont bien compris le danger auquel elles étaient exposées et que la plupart ne remettent maintenant la police constatant leur engagement que contre *paiement de la première prime*. C'est ce que nous apprend d'ailleurs l'une des conditions générales ainsi conçue (*Dordrecht*, clause 3) :

« L'assurance prend cours, et l'engagement de la Compagnie entre en vigueur au moment de la remise de la police au contractant, contre paiement de la première prime et des frais, à condition toutefois que l'assuré soit alors en vie.

CHAPITRE III

Faut-il exiger la mauvaise foi ?

C'est là, dans notre sujet, une des plus graves questions à résoudre :

Il est incontestable que le dol, la mauvaise foi caractérisée peuvent vicier le contrat d'assurances au point de l'annuler; mais sont-ils indispensables, pour que ce résultat se produise, ou doit-on décider que le contrat sera nul même si le contractant a été de bonne foi, s'il s'est trompé dans sa déclaration, s'il a oublié, par exemple, pour les antécédents héréditaires, le genre de maladie auquel ont succombé ses auteurs, s'il ne le savait pas, ou encore, s'il a déclaré jouir d'une bonne santé, croyant réellement pouvoir faire semblable déclaration, s'il a omis de mentionner une maladie peu grave dont il ne pensait pas que la connaissance pût modifier l'opinion du risque dans l'esprit de l'assureur ?

Le problème posé, prenons tout de suite le cas de dol pour lequel il ne peut y avoir de bien longue discussion.

La question de la présence de la mauvaise foi dans les déclarations du proposant est une affaire d'appréciation de la part des juges; elle est souvent des plus délicates et ressort éminemment des circonstances de

la cause. Cependant il y a des cas où le dol du proposant apparaît nettement à la lecture des détails de l'affaire, il est des symptômes qui ne permettent guère de se tromper sur les véritables intentions du déclarant.

Nous voulons noter ici les cas qui nous sont signalés par la jurisprudence comme se présentant le plus couramment.

Il en est ainsi quand l'assuré faisait l'objet de soins continus et qu'à l'époque même de l'assurance il souffrait aux jambes d'une phlébite qui avait déterminé une plaie purulente et l'obligeait souvent à garder la chambre, « l'erreur, d'après les termes mêmes de l'arrêt, n'étant pas possible sur des faits précis et certains dans leur matérialité comme ceux sus-rappelés, l'assuré qui les a passés sous silence ou même niés dans sa déclaration n'a pu le faire que volontairement et dans l'intention d'en dissimuler l'existence et la connaissance à la Compagnie. » (Tribunal civil de la Seine, 26 mai 1878; *J. A.*, 81, 173; Cour d'appel de Paris, 17 février 1881; *J. A.*, 81, 173.)

De même, quand il est établi « que l'assuré, au moment du contrat, était incapable de se livrer au travail à cause de son déplorable état de santé, qu'il ne pouvait plus marcher sans béquilles, que sa fin était considérée comme prochaine par son père même et que, dans cet état, il ne lui était pas possible de se présenter utilement à un examen médical, sans que le praticien s'aperçût immédiatement de sa situation désespérée « qu'il est vraisemblable qu'un tiers mieux constitué s'est substitué à lui pour subir la visite exi-

gée (Tribunal civil de la Seine, 24 février 1885 ; *J. A.*, 1885, 317.)

On peut aussi affirmer qu'il y a mauvaise foi quand l'assuré a fait des déclarations inexactes sur son état de santé, alors que l'on peut déduire de certaines circonstances qu'il le connaissait et que celui-ci ne laissait pas que de lui donner des craintes.

Par exemple : il faisait un traitement pour le diabète (T. civil de Bruxelles, 23 mars 1895 ; *J. A.*, 96, 171) ;

Il était allé voir un empirique (Bruxelles, 31 janvier 1896 ; *J. A.*, 97, 59).

Par analogie, il a été décidé « que si l'on peut, de bonne foi et par un oubli excusable, ne pas mentionner une maladie dont on a souffert et dont depuis plusieurs années on ne se ressent plus, il est impossible qu'on ne croie pas devoir révéler un traitement médical qui, par sa durée, sa périodicité et son caractère absolument récent, a dû laisser une impression profonde dans la mémoire (Trib. de commerce de Bruxelles, 21 décembre 1896 ; *J. A.*, 97, 173).

L'intention dolosive est encore plus apparente quand l'assuré, dans ses déclarations, a antidaté une maladie pour l'attribuer à des circonstances tout exceptionnelles ; dans le cas que nous citons, il s'agissait d'une pleurésie mise sur le compte de la campagne de 1870 (Trib. civil de la Seine, 11 mai 1877 ; *J. A.*, 78, 300 ; sur appel, Paris, 5 juillet 1878 ; *D. P.*, 81, 2, 234).

L'assuré ne peut non plus nier avoir agi de mauvaise foi quand il explique son exemption du service militaire (pour raisons de santé), par des influences et pro-

tections (T. civil de la Seine, 14 mai 1891 ; *J. A.*, 91, 216) ; de même, il est facilement convaincu de réticence quand il met la mort d'un de ses proches sur le compte d'un accident : dans l'espèce, il expliquait la mort de sa mère, atteinte de phtisie, par une fluxion de poitrine causée par un refroidissement peu de jours après ses couches, alors qu'il était constant qu'elle était morte de phtisie plus de cinq ans après la naissance de son unique enfant. Le Tribunal civil de la Seine (25 juillet 1885 ; *J. A.*, 85, 601) considéra que la bonne foi de l'assuré « ne saurait être admise à raison, notamment, du rapprochement tenté entre la maladie et les couches, dans le but manifeste de donner au décès le caractère d'un pur accident ».

On peut encore moins croire à une simple erreur de l'assuré quand celui-ci, étant lui-même agent d'assurances, connaissait *a fortiori* la valeur de ses déclarations, et, cependant, a négligé de déclarer qu'il avait, antérieurement, fait une proposition analogue à une autre Compagnie qui l'a refusé sur l'avis de son conseil médical (Trib. civil de la Seine, 26 août 1884 ; *J. A.*, 85, 75).

Enfin, l'on ne peut nier qu'il y ait intention dolosive de la part de l'accusé, quand il donne un faux domicile, indique une fausse profession, pour empêcher la Compagnie de se procurer des renseignements circonstanciés sur son état physique et sur son genre de vie (Trib. de commerce de Bruxelles, 15 décembre 1888 ; *R. P.*, 88, 327) ;

S'il indique de fausses ressources, quant au paiement des primes : il se déclare rentier, devant payer

les primes avec ses propres ressources, alors qu'il est simple ouvrier et indigent, et que la Compagnie lui a posé une question précise dans le double but, d'une part, d'apprécier l'intérêt que pourrait avoir le bénéficiaire à la longévité de l'assuré, et, d'autre part, d'écarter les assurances faites par spéculation, au moyen de primes dépassant les moyens du proposant (Bruxelles, 6 avril 1889; *J. A.*, 89, 223).

La dissimulation dolosive est donc, il n'y a jamais eu de doute pour cela, suffisante pour annuler le contrat d'assurance; tout ce qui peut être discuté, c'est de savoir à quel moment elle doit se produire; nous avons vu que la Cour de cassation exige que la dissimulation dolosive se produise *au moment même du contrat, celles qui se produiraient* au moment du paiement de la première prime étant sans influence. encore bien qu'il soit convenu que la police n'aurait d'effet que par ce paiement (1).

Que décider dans le cas d'assurances successives quand les parties s'en sont référées, pour les dernières, aux déclarations faites lors de la première proposition et si celles-ci ont été entachées de dol.

Il a été jugé (Paris, 27 novembre 1893, *Le Monde, J. A.*, 95, 145) que, « lorsque trois polices se sont succédé à peu d'intervalle (la seconde et la troisième six mois et quinze mois après la première), les déclarations faites par l'assuré à l'occasion de celle-ci doivent, quand elles sont entachées de réticence,

(1) Voir Cass., 30 avril 1884, Dervin, *J. A.*, 84, 512, et son renvoi, Amiens, 21 mars 1885, *J. A.*, 85, 308; *S.*, 85, 2, 170.

entraîner la nullité des trois polices, si, lors des deux dernières, la Compagnie n'a pas exigé de déclaration nouvelle et s'est reportée à la première à laquelle elle a fait foi. »

Cette première étude du cas de dol étant terminée, abordons le point capital de notre ouvrage, celui qui a fait naître le plus de discussions et dont la solution comporte de sérieuses difficultés ; nous voulons parler de la question de savoir si la présence de la mauvaise foi, du *dol caractérisé* est nécessaire pour annuler le contrat d'assurance, ou, au contraire, si la bonne foi reconnue de l'assuré ne le sauve pas de cette sanction rigoureuse.

Nous diviserons l'exposé de la question en deux sections :

1° Exposé de la jurisprudence ;

2° Examen de la question théorique.

SECTION I

Exposé de la jurisprudence.

La jurisprudence, sur cette question, a été très variable et, tantôt elle a exigé la preuve d'un dol calculé pour annuler le contrat, tantôt, au contraire, elle a décidé que l'assurance serait nulle, encore que la bonne foi de l'assuré soit reconnue ; enfin, dans ces dernières années, elle semble de plus en plus s'être fixée dans la première opinion et les tribunaux déboutent ordinairement les Compagnies quand elles

ne font pas la preuve contre l'assuré d'un dol envers elles.

1871. — La première décision judiciaire en la matière est un jugement du Tribunal civil de Tours du 30 août 1871 (Mallèvre, *Caisse générale des Familles; J. A.*, 74, 31 ; *D. P.*, 78, 2, 58). D'après lui, la nullité doit être prononcée, dès lors qu'il est certain que la Compagnie *n'eût pas consenti à réaliser le contrat,* si elle n'eût point été induite en erreur sur certaines circonstances non déclarées, telles que l'internement de l'assuré, à trois reprises, dans une maison d'aliénés; il en est ainsi encore, bien que l'assuré, en passant ces faits sous silence, ait été de bonne foi dans une certaine mesure, que rien ne dénote d'une manière certaine que ce soit dolosivement et dans l'intention de nuire à la Compagnie qu'il aurait sciemment altéré la vérité et qu'on ne puisse *affirmer que ces déclarations erronées ne soient pas dues à son absence de souvenir* qu'expliquerait même le genre de maladie dont il était atteint.

1876. — Dans le même sens et par ordre chronologique, nous relevons un arrêt de la Cour d'appel de Rouen (21 janvier 1876; *J. A.*, 1876, p. 151), moins caractéristique, comme exemple de réticence, puisque la bonne foi est très douteuse, mais intéressant par ce fait qu'il s'appuie nettement, dans ses attendus, sur l'article 1110 du Code civil. Attendu :

« Qu'en présence des aveux qu'il a eu l'imprudence de faire lui-même à la Compagnie, il est constant que par une dissimulation qui porte sur la substance même de la chose objet du contrat, il a induit

celle-ci en erreur et vicié son consentement (art. 1110 du Code civil). »

1877. — En 1877, c'est un jugement du Tribunal civil de la Seine (11 mai 1877; *J. A.*, 1878, p. 302) dont un attendu est encore plus catégorique à l'endroit de la bonne foi : « Attendu, en droit, que d'après l'article 348 du Code de commerce, rappelé par les conventions particulières des parties, comme d'après les articles 1109 et suivants du Code civil, relatifs aux obligations, il n'y a pas de consentement valable s'il n'a été donné que par erreur, extorqué par violence ou surpris par dol;

« Attendu, la bonne foi de Willain fût-elle admissible, que *l'erreur produite de bonne foi n'en est pas moins une erreur* et que, viciant le consentement, elle est, spécialement en matière de contrat d'assurance, une cause de nullité, alors que la connaissance exacte des faits retenus, faussés ou travestis par l'assuré de manière à diminuer évidemment l'opinion du risque, eût déterminé la Compagnie à ne pas accepter le traité ».

1878. — Sur appel, la Cour de Paris (5 juillet 1878; *D. P.*, 81, 2, 235; S., 80, 2, 231), adoptant les motifs des premiers juges, a confirmé la décision attaquée.

1880. — Citons ensuite un jugement du Tribunal civil de Bruxelles (20 juillet 1880; *J. A.*, 81, 22): L'assuré qui a déclaré à la Compagnie d'assurances qu'il était en bonne santé, alors que depuis plusieurs mois il était en traitement pour des fièvres intermittentes, accompagnées de troubles digestifs et suivis

d'un affaiblissement général, a commis une réticence qui, conformément aux clauses de la police, entraîne la déchéance et rend l'assurance nulle, encore que l'assuré ait été de bonne foi;

« Attendu qu'il importe peu que la fausse déclaration ne soit pas frauduleuse ; qu'en supposant même que de Gruytters ait été de bonne foi, sa déclaration inexacte suffirait pour entraîner la nullité de l'assurance, s'il est établi que sans elle la Compagnie n'aurait pas traité;

« Attendu que l'assuré est mal venu à argumenter de la rigueur de pareille stipulation pour prétendre que les tribunaux ne doivent pas l'appliquer dans toute sa sévérité ; que la clause est claire et formelle, qu'elle a été librement acceptée par le contractant et qu'elle forme, dès lors, la loi des parties. »

1881. — Poursuivant nos recherches, nous trouvons un arrêt de la Cour d'appel de Paris (17 février 1881; *J. A.*, 81, 173) sur appel d'un jugement du Tribunal civil de la Seine (19 mai 1878); dans le même sens. La Cour :

« Considérant que la réponse négative de l'assuré (portant sur fluxion de poitrine et phlébite) constitue une réticence sérieuse, alors que les deux maladies, antérieures au contrat, avaient été traitées à une époque rapprochée de la convention conclue;

« Qu'elles se rattachent pathologiquement à la dernière maladie cause du décès;

« Considérant que la réticence reprochée à Lamier, *eût-elle été commise par ignorance ou de bonne foi*, n'en était pas moins de nature à diminuer l'opinion du

risque, à jeter l'assureur dans l'erreur et à vicier par suite le contrat (art 348 du Code de commerce).

« Condamne les appelants. »

1890. — Citons encore un jugement du Tribunal de Bruxelles (22 février 1890; Sirey, 91, 4, 15) :

La clause d'une police (anglaise), suivant laquelle l'assurance est nulle si la déclaration et l'exposé personnel des détails exigés de l'assuré ne sont pas véridiques en tous points, n'est qu'une application du principe que l'erreur vicie le consentement;

1891. — Un jugement du Tribunal civil de la Seine (14 mai 1891; *J. A.*, 91, 246) :

« Attendu qu'Hesbert, qu'il ait été ou non de bonne foi, devait une déclaration franche et complète sur la question qui lui était posée, sans pouvoir se rendre lui-même le juge de l'importance des faits auxquels elle se référait. »

1895. — Un jugement du Tribunal de Commerce de la Seine (20 juin 1895; *J. A.*, 96, 214) :

« Est licite et doit être appliquée la clause d'une police portant que toute déclaration ou assertion inexacte et toute réticence même non frauduleuse, de nature à surprendre le consentement de la Compagnie ou à modifier l'opinion du risque annulent l'assurance. »

1896. — Enfin nous finirons notre exposé par un jugement du Tribunal de commerce de Bruxelles (31 janvier 1896; *J. A.*, 97, 59), décidant qu'il n'est pas nécessaire, pour que la réticence annule le contrat, qu'il y ait eu dol de la part de l'assuré.

1881. — En sens opposé, le premier arrêt sur la

question, décidant que la présence de la bonne foi chez l'assuré valide le contrat d'assurance, est un jugement intervenu entre un sieur Velten et la Compagnie *Le Monde* (Paris, 7 janvier 1881; *D. S.*, n° 357); il fut jugé que la Compagnie doit, à l'appui de sa demande en nullité, faire la preuve d'une *réticence calculée* de nature à modifier l'opinion du risque et imputable à l'assuré.

Beaucoup d'autres arrêts ont, par la suite, adopté cette manière de voir. Vinrent successivement :

1885. — Un jugement du Tribunal de commerce de la Seine (17 septembre 1885; *J. A.*, 85, 624) :

« Attendu que Depelsemacker aurait été atteint, dès 1882, du ramollissement du cerveau dont il est mort.....;

« Attendu que les réticences ou fausses déclarations supposent aussi, de la part de celui à qui elles sont reprochées, dissimulation d'un fait de lui connu et mauvaise foi, que tel n'est point le cas dans l'espèce;

« Qu'en effet, s'il ressort des documents de la cause, que l'origine de la maladie à laquelle Depelsemacker a succombé peut remonter à la fin de l'année 1882, il est établi que ni Depelsemacker ni sa famille ne soupçonnaient, au cours de mars 1883, que sa santé fût sérieusement menacée;

« Que Depelsemacker a donc été de bonne foi en déclarant à cette époque qu'il n'avait pas été atteint précédemment de maladie grave, de maladie du cerveau;

« Que des renseignements recueillis, il appert pour

le tribunal que les premiers symptômes du mal n'ont affecté, aux yeux de Depelsemacker, que le caractère d'indispositions passagères, qui l'ont fait consulter un médecin, mais qui n'ont pas entraîné de la part de ce dernier des soins suivis, que l'on ne saurait donc voir un acte de mauvaise foi dans la réponse négative de Depelsemacker.

« Par ces motifs, condamne la *Caisse des Familles.* »

1889. — En 1889, c'est un arrêt de la Cour d'appel de Paris, 17 mai 1889; *J. A.*, 1890, p. 33 :

« Considérant qu'il ne résulte pas des documents du procès comme des enquêtes et contre-enquêtes auxquelles il a été procédé que Harang ait été de mauvaise foi;

« Que si deux accidents sur la gravité desquels les médecins ont donné leur appréciation se sont produits, il ne résulte pas des documents versés aux débats que Harang ait pu ou ait nécessairement dû les connaître exactement et s'en rendre assez rigoureusement compte pour y attacher une importance sérieuse au point de vue du risque de l'assureur. »

1892. — Citons encore un jugement du Tribunal de commerce de la Seine, 4 août 1892; *J. A.*, 92, 422 :

« Attendu que la Compagnie *La Nationale* expose que demoiselle Dehoux, à la question à elle nettement posée le 18 mai 1885 : « Faites-vous actuellement d'autres propositions d'assurances à d'autres Compagnies? » a répondu « non » et que néanmoins elle a introduit le même jour, auprès de la Compagnie *La Foncière* une demande d'assurance, qui a été agréée et qu'à la suite, une police a été signée le 27 mai sui-

vant, et prétend que, par suite de cette fausse déclaration, son propre contrat serait nul;

« Mais attendu que, sur ce point encore, il y a lieu de rechercher si l'intention de demoiselle Dehoux a été de tromper la Compagnie *La Nationale*. » La bonne foi paraissant ressortir des faits de la cause, l'assurance est validée.

1893. — En 1893, un arrêt de la Cour d'appel de Paris, 22 mars 1893; *J. A.*, 1893, p. 435 :

« Considérant, du reste, qu'en admettant même que l'indisposition (passée sous silence) pût être considérée comme se rattachant à la congestion cérébrale à la suite de laquelle Genet a succombé, il est constant que celui-ci s'est toujours mépris sur le caractère de cette indisposition qui n'avait laissé aucun symptôme apparent; qu'il ignorait la maladie dont il était atteint, et qu'en ne révélant pas à la Compagnie *Le Soleil* l'indisposition de 1885, il a agi de bonne foi et n'a pas fait sciemment une déclaration inexacte ou une réticence. »

1893. — Mentionnons pour terminer un jugement du Tribunal civil de la Seine du 29 décembre 1893; *J. A.*, 95, 103;

Un arrêt de la Cour d'appel de Paris du 12 janvier 1894; *J. A.*, 94, 96;

Et un jugement du Tribunal civil de Reims du 20 novembre 1894; *D. P.*, 96, 2, 428.

Ajoutons à cette énumération toute une série d'arrêts d'opinion mixte, qui exigent que la réticence, pour entraîner la nullité, ait été sinon absolument dolosive, du moins consciente.

1888. — En 1888, un jugement du tribunal civil de la Seine, 29 octobre 1888; *J. A.*, 89, p. 15 :

« Attendu que le 12 décembre 1883 il n'y avait rien que de normal dans l'état du sieur Grimault, sans signe de souffrance ou de menace même lointaine;

« Qu'à ce jour, le sieur Grimault a donc pu, sans vicier son assurance mixte où il stipulait principalement pour lui-même, se montrer confiant dans sa vitalité pour au moins 15 années, et : 1° déclarer : n'avoir jamais eu de maladies graves, celle dont il s'était vu atteint ayant été ou inexistante ou sans gravité réelle ou précise; 2° ne pas se déclarer malade, puisqu'il avait les apparences de la santé et semblait inconscient de son état hypothétiquement maladif; 3° déclarer qu'il n'avait pas de médecin.....;

« *Qu'en droit*, en matière d'assurances, la réticence est l'omission que fait un déclarant de circonstances que l'assureur avait intérêt à connaître et l'assuré à ne pas déclarer; qu'étant de nature à diminuer l'opinion du risque, elle doit, pour entraîner la nullité du contrat, avoir été sinon absolument dolosive, tout au moins consciente.....

« Qu'en droit encore, ce n'est pas faire une fausse déclaration que de se dire, eût-on le germe de la maladie dont le développement deviendra fatal, exempt de maladie si nul phénomène morbide ne s'en manifeste, même au contrôle éclairé et attentif de l'homme de l'art, l'erreur du déclarant sur son propre état ne pouvant le rendre suspect de tromperie.

« Par ces motifs, déclare bien fondée la demande dirigée contre la Compagnie. »

1889. — Un jugement du Tribunal de commerce de Bruxelles du 7 décembre 1889; *R. P.*, 89, 285; S., 90, 432 :

La réticence dont il est question à l'article 9 de la loi belge du 11 juin 1874 est de la part de l'assuré la non-révélation de circonstances qu'il connaissait au moment du contrat et qu'il aurait dû faire connaître à l'assureur; c'est la suppression ou l'omission volontaire d'une chose qu'on devrait dire, ce qui ne se comprend *que d'une chose que l'on connaît;* par suite, quand l'assuré a été sincère dans ses déclarations préalables à la convention d'assurance et qu'il a déclaré tout ce qui était connu de lui, cette bonne foi ne permet pas d'annuler l'assurance.

1890. — Du même Tribunal, un jugement du 22 février 1890; S., 91, 4, 15 : Prises dans leur sens grammatical et usuel, la réticence est le silence gardé par l'assuré sur un fait que l'on connaît et que l'on devrait dire, et la fausse déclaration est l'affirmation d'un fait que l'on sait inexact; l'une et l'autre peuvent exister sans mauvaise foi lorsqu'elles portent sur un détail que l'on croit insignifiant, ou lorsqu'elles sont faites par inadvertance ou à la légère, mais elles ne se conçoivent pas sans la connaissance du fait que l'on dissimule ou dénature; en effet, on ne peut modifier ou celer que ce que l'on connaît et l'on ne peut être en faute en ne parlant pas d'un fait que l'on ignore ou en disant ce que l'on croit vrai, *mais seulement lorsque c'est sciemment ou par inadvertance* que l'on tait un

fait connu ou qu'on le rapporte inexactement, l'assuré n'est donc tenu que de dire loyalement ce qu'il connaît et croit vrai.

1890. — Enfin, trois décisions des juridictions de la Seine, un jugement du Tribunal civil de la Seine (5 mai 1890; *J. A.*, 90, p. 443) :

Le défaut de déclaration d'une maladie (paralysie générale), dont il ne se savait pas atteint, ne constitue pas une réticence et, par suite, n'entraîne pas nullité du contrat d'assurance.

1892. — Un arrêt de la Cour d'appel de Paris du 29 janvier 1892 (*J. A.*, p. 92-191.)

1895. — Et un arrêt de la même Cour (18 juillet 1895). — La réticence n'implique pas nécessairement la mauvaise foi. Pour qu'il y ait réticence imputable à l'assuré, il faut que le fait sur lequel celui-ci a gardé le silence soit connu de lui.

Tel est l'exposé, que nous croyons complet, de la jurisprudence sur la matière. De son étude, il résulte que l'opinion la première admise par les tribunaux, puisqu'elle date de 1871 (pour ce qui est de nos recherches), est celle-ci : Que l'erreur portant sur une qualité substantielle, alors qu'il est certain que la Compagnie, si elle avait connu le défaut affectant ladite qualité, n'aurait pas contracté, est, encore que la bonne foi soit admissible, une cause de nullité; qu'en tous cas, l'assuré doit une déclaration franche et complète et n'est point juge des faits auxquels elle se réfère.

Cette manière de voir resta seule jusqu'en 1881, époque à laquelle apparut pour la première fois une

décision judiciaire exigeant la preuve d'une réticence calculée, d'une mauvaise foi évidente pour mettre à néant le contrat d'assurances. A partir de cette année, les deux opinions ont vécu côte à côte et les décisions alternent dans les deux sens.

Cependant, en 1888, le Tribunal civil de la Seine rendit un jugement (29 octobre 1888; *J. A.*, 89, 15) qui vint faire pencher la balance en faveur des assurés et, sans prononcer le mot, ouvrit une large porte à l'admission de la considération de bonne foi. Ce jugement et bien d'autres qui le suivirent décident que la réticence, pour entraîner la nullité, doit être consciente, il faut que l'assuré ait connu le fait qu'on lui reproche de n'avoir pas déclaré. Comme le dit très bien M. Dupuich (1), si la nullité du contrat est ici écartée, ce n'est pas parce que l'erreur a été commise de bonne foi, c'est parce que, légalement, il n'y a pas réticence; pour taire, il faut savoir.

Or, prenons le questionnaire auquel l'assuré répond en présence du médecin. Nous y trouvons la question suivante : Avez-vous souffert auparavant d'une longue et grave maladie? Si l'assuré a connaissance de l'atteinte morbide qu'il a subie, il doit le déclarer; s'il ne le faisait, il y aurait réticence. Tel est le début, l'embryon de la théorie professée par le Tribunal civil de la Seine le 29 octobre 1888. En voici le développement :

L'assuré qui a été malade, qui s'en est parfaitement rendu compte à l'époque, avec le temps, a oublié le

(1) Dupuich, *Traité de l'Assurance sur la Vie*. Voir « Réticences ».

mauvais pas où il était tombé ; avec le temps, les évènements perdent de leur intensité, et lorsqu'on lui pose la question de savoir s'il a fait une grave maladie, il ne retrouve pas dans sa mémoire les symptômes suffisants pour avouer pareille chose, il croit de bonne foi n'avoir eu que des indispositions, assez longues peut-être, mais sans conséquence et qui ne peuvent avoir aucune influence sur sa santé, dont il ne reste aucune trace et, partant, que l'assureur n'a aucun intérêt à connaître. Et il se tait. Peut-on lui en faire grief? Non, répondent les tribunaux, il ne savait pas, au moment de sa déclaration, que la maladie qu'il taisait avait été grave, sans doute il est évident qu'il a dû la connaître ; sans doute, à ce moment, elle lui a paru avoir un caractère de gravité bien suffisant ; mais, au moment de la conclusion du contrat, sa mémoire ne la lui faisait plus connaître et son esprit juger telle. En répondant ce qu'il a répondu, il était d'entière bonne foi, et l'on serait mal venu à vouloir lui faire subir une nullité qu'il n'a pas méritée. Et tel est l'aboutissement de la jurisprudence inaugurée en 1888. Et pour s'en rendre compte, relisons les attendus de quelques jugements :

« Quand l'assuré a été *sincère* dans ses déclarations préalables... et qu'il a déclaré tout ce qui était connu de lui, *cette bonne foi* ne permet pas d'annuler l'assurance (Trib. de commerce de Bruxelles, 7 décembre 1889, précité).

« L'on ne peut être en faute que lorsque c'est *sciemment* ou par inadvertance que l'on tait un fait connu. » L'on peut en déduire que si c'est de bonne foi et

en ne croyant pas nuire, on ne peut voir là une réticence.

Tout cela se ramène à une question d'appréciation et si les circonstances permettent de *faire ressortir la bonne foi* du déclarant, la jurisprudence contemporaine lui donne gain de cause.

La mauvaise foi, d'autre part, ne se présume pas et si la Compagnie ne fait pas la preuve d'une intention mauvaise à son égard, d'un véritable « traquenard », disons le mot, établi contre elle, elle se voit déboutée de ses conclusions. Les Compagnies ont dû se plier à cette jurisprudence et, de nos jours, cette attitude des Tribunaux, en même temps que des considérations pratiques et les besoins de la concurrence font qu'elles ne se décident à refuser le paiement du capital assuré et à plaider que lorsqu'elles sont à même d'établir une fraude caractérisée à leur égard et qu'elles jugent plus utile à leur cause, de plaider que de garder le silence sur un dol par trop évident et manifeste.

Les mêmes considérations ont fait entrer les Compagnies dans une voie plus libérale et un grand pas a été fait en ce sens : nous voulons parler de l'introduction de la clause d'incontestabilité dans les polices, dont nous nous occuperons ultérieurement.

Pour le moment, ayant étudié la question de la bonne foi telle qu'elle a été résolue par les décisions jurisprudentielles, nous voulons aborder son examen théorique et, ici encore, nous retrouverons, parmi les auteurs qui se sont occupés de la matière, la même contrariété dans les raisonnements et la même opposition dans les solutions.

Toute la discussion se concentre sur l'interprétation de l'article 348 du Code de commerce où il est dit : « Toute réticence, toute fausse déclaration de la part de l'accusé, toute différence entre le contrat d'assurance et le connaissement qui diminueraient l'opinion du risque ou en changeraient le sujet, annulent l'assurance. »

SECTION II

Examen théorique de la question de la bonne foi.

La plupart des auteurs veulent appliquer l'article 348 à une déclaration simplement erronée et à un silence dépourvu d'intention mauvaise.

Ils en font découler une nullité pour erreur, sans dol, nullité relative au profit de l'assureur qui a été trompé. D'après M. Dupuich, qui a soutenu ardemment cette théorie, si le dol vicie le consentement, l'erreur le vicie également lorsqu'elle porte sur la substance même du contrat. Or, cette substance est ici l'appréciation du risque, il faut donc revenir au droit commun sur l'erreur (*Op. cit.*, p. 189).

« D'après lui, ce système est plus conforme au « texte comme à l'esprit de l'article 348 du Code de « commerce. Dans le texte, il est malaisé de rien « trouver qui restreigne au cas de dol la nullité du « contrat. » Quant à l'intention du législateur, elle ressort nettement de l'exposé des motifs du conseiller d'État Corvetto. « L'assureur a le droit de connaître toute l'étendue du risque dont on lui propose de se

charger; lui dissimuler quelque circonstance qui pourrait changer le sujet de ce risque ou en diminuer l'opinion, ce serait lui faire supporter des chances dont il ne se chargerait qu'à des conditions différentes; ce serait, en un mot, le tromper. Dès lors le consentement réciproque, qui seul peut animer un contrat, viendrait à manquer, le consentement de l'assuré se porterait sur un objet et celui de l'assureur sur un autre; les deux volontés marchant dans un sens divergent ne se rencontreraient plus et il n'y a cependant que la réunion de ces deux volontés qui puisse constituer le contrat. »

C'est là, dit M. Dupuich, sous la forme la plus précise, la théorie de l'erreur sur la substance. Ainsi, l'article 348 du Code de commerce est bien une application particulière de l'article 1110 du Code civil; ce qu'il édicte, ce n'est pas seulement la nullité pour dol, c'est aussi la nullité pour erreur; il n'y a donc pas lieu de se préoccuper de la bonne ou de la mauvaise foi de l'assuré, dès lors que l'assureur a été trompé.

M. Couteau enseigne, conformément à l'opinion de M. Corvetto, que la réticence même commise de bonne foi entraîne la nullité du contrat (1). « Le dol vicie le consentement, écrit-il, mais l'erreur le vicie aussi lorsqu'elle porte sur la substance (article 1110. » Or ici, la substance même du contrat, c'est bien l'appréciation des risques.

M. Chavegrin, lui aussi, est d'avis que l'article 1110

---

(1) Couteau, t. II, p. 143. *Le Contrat d'Assurance sur la Vie.*

doit recevoir son application quand il s'agit de la substance même de la chose qui en est l'objet (1).

Pour M. Lefort (t. III, p. 53), le principe était reconnu dans l'ancien droit et « la circonstance que l'assuré était de bonne foi importe peu », l'erreur est sans effet. La Compagnie n'a pas à rechercher les mobiles qui ont guidé le proposant, elle n'a pas à apprécier si, avec un peu plus de vigilance, le proposant lui aurait fait connaître des faits qui auraient pu la mettre en garde. Du moment qu'elle a été trompée, cela suffit et M. Lefort s'appuie, dans sa note 3, sur ce que, d'après le droit commun, la bonne foi n'empêche pas que l'erreur entraîne la nullité du contrat (2).

Ces auteurs, et d'autres encore (3), font donc découler la nullité du fait seul que l'assureur a été trompé ; cette nullité est-elle relative ou absolue ?

De droit commun, l'erreur dans les contrats peut engendrer la nullité dans trois cas :

1° Une nullité absolue quand l'erreur a empêché l'accord des volontés de se former ;

2° Une nullité relative quand l'erreur a une certaine gravité, quand elle porte sur la substance de la chose (C. c., 1110) ;

3° Une nullité relative quand l'erreur, même non substantielle, a été décisive pour une partie et pro-

(1) Chavegrin, *Le Droit*, n° du 1er août 1889.

(2) Larombière, Obligat. sur l'art. 1110, n° 12; Aubry et Rau, *op. cit.*, t. IV, p. 298; Dupuich, note *D. P.*, 94, 2, 428.

(3) Cauvet, *Assurances maritimes*, t. I, n° 490; Bedaride, *Commerce maritime*, t. III, n° 1203; Weil, *Assurances maritimes*, n°s 99 et s.

vient des manœuvres frauduleuses de l'autre partie (C. c., 1116).

Peu d'auteurs ont voulu voir dans notre cas une nullité absolue; cependant, M. Corvetto, dans son exposé des motifs, affirme que l'erreur dans l'opinion des risques a empêché les volontés des parties de se rencontrer, a mis obstacle au consentement, de sorte que la nullité est absolue. « Le consentement de l'assuré, nous dit-il, porterait alors sur un objet, celui de l'assureur sur un autre, les volontés ne se rencontreraient pas. Point de consentement, l'assureur a assuré tel risque et ce risque ne se rencontre pas ».

Pour savoir quand il y aura absence de consentement et, partant, nullité absolue, il faut rechercher quel est l'objet du contrat; dans le contrat d'assurance sur la vie, l'objet en est la garantie de l'assuré par la Compagnie, contre le risque de mort; le contrat, d'après les mêmes auteurs, sera absolument nul quand les parties ne se seront pas entendues sur ce risque.

La majorité des juristes se sont décidés en faveur d'une nullité seulement relative, ils y sont arrivés par le raisonnement suivant :

Dès que les parties se sont accordées sur l'identité de la chose en risque et sur la nature du risque, le consentement existe; l'erreur d'une partie peut encore engendrer une nullité, mais une nullité relative, que cette seule partie peut invoquer.

Maintenant, qu'est cette erreur dans l'opinion des risques, capable d'engendrer la nullité? d'après les termes de l'article 1110 du Code civil, c'est une erreur

sur la substance même de la chose qui fait l'objet du contrat.

Qu'est cette erreur substantielle ?

Pour l'un (1), on doit entendre par qualité substantielle toute qualité qui, n'étant pas susceptible de plus ou de moins, fait passer l'objet dans telle espèce ou dans telle autre espèce, suivant que cette qualité existe ou n'existe pas.

En termes analogues (2), on a dit, que par substance de la chose, on doit entendre, non seulement les éléments matériels qui la composent, mais encore les propriétés dont la réunion détermine sa nature spécifique et la distingue, d'après la nature commune des choses, de toute autre espèce.

Celui-ci (3) appelle substantielles les qualités dont l'absence dénature la chose, l'altère au point qu'elle devient une autre chose, un autre être que celui qui devait être l'objet de la convention.

Enfin, la qualité substantielle a encore été définie, celle qui fait passer la chose considérée d'une catégorie dans une autre, en sorte qu'une erreur, portant sur une qualité susceptible de plus ou de moins, ne serait pas une erreur substantielle (4).

Pour nous, nous avons adopté, avec M. Dupuich, et ainsi que nous l'avons déjà dit plus haut, la définition de Pothier : « L'erreur annule la convention

---

(1) Marcadé, sur l'art. 1110, n° 2.
(2) Aubry et Rau, t. IV, § 343 *bis*, p. 296.
(3) Colmet de Santerre, t. V, n° 61 *bis*, 11.
(4) Labbé, note; S., 80, 2, 225.

lorsqu'elle tombe sur la qualité que les parties ont eue principalement en vue et qui fait la substance de la chose » (1). Nous pensons que dans le contrat d'assurance, qui est éminemment un contrat de bonne foi, on doit rechercher en toute circonstance l'intention des parties et, en particulier, pour ce qui est des qualités substantielles que doit présenter le risque, on doit s'en rapporter à la volonté de l'assureur, clairement exprimée dans les polices, de voir l'énumération de ces qualités dans les réponses faites au questionnaire adressé par la Compagnie au proposant.

Dans cette opinion qui fait découler une nullité purement relative d'une erreur substantielle, quand l'assureur a été trompé sur l'opinion du risque par lui couru, à tel point que, mieux éclairé sur l'état des choses, il n'aurait pas contracté, il a la faculté de faire annuler le contrat. Cette faculté s'appuie sur l'erreur commise indépendamment de tout dol de la part de l'assuré.

Enfin, l'article 348 du Code de commerce vient encore à son aide quand l'assuré a sciemment dissimulé une circonstance de nature à modifier l'opinion du risque, et l'assureur peut *a fortiori* faire prononcer la nullité du contrat. La gravité de l'erreur est ici moins à considérer que la mauvaise foi de l'assuré (2).

---

(1) Pothier, *Traité des Obligations*, n° 18; Demolombe, t. XXIV, n° 92, p. 94; Larombière, sur l'art. 1110, n° 3; Baudry La Cantinerie et Borde, t. I, n° 54; Laurent, t. XV, n° 488.

(2) Herbault, n° 117; Couteau, t. II, n° 290; Lefort, t. II, p. 34-35 et t. III, p. 52-53.

M. Labbé s'est fait le critique de ces théories qui se basent sur l'erreur et, dans une note au *Sirey* (année 1880, 2e partie, p. 225), il les a battues en brèche et a exposé une autre théorie, suivant laquelle l'article 348 du Code de commerce, en posant le principe de la nullité pour réticence, ne fait allusion qu'à la mauvaise foi et se borne à appliquer au contrat d'assurance les principes de la nullité pour cause de dol (3).

M. Labbé s'attaque tout d'abord à la doctrine de la nullité absolue pour défaut de consentement. Selon lui, pour exister, le contrat suppose une chose exposée à un risque ; pourvu que les parties s'accordent sur l'identité de la chose assurée, le consentement existe, la matière du contrat existe et les deux parties traitent en vue d'un même objet, partant, pas de nullité absolue pour défaut de consentement.

Passant ensuite à l'examen de la nullité relative causée par une erreur substantielle, M. Labbé définit cette dernière « une erreur sur la nature du risque à courir ». « La possibilité de la perte par une cause spéciale, dit-il, est en effet l'aspect sous lequel la chose a été envisagée, les parties contractent sur cette chose parce qu'elle est exposée à périr, mais, en outre, elles fixent les conditions du contrat d'après les chances de perte que présente cette chose sous l'action de telle ou telle cause.

« Qu'il existe une chose exposée à un danger déterminé et que les parties soient d'accord sur l'identité de la chose et sur la *détermination du risque*, le con-

(1) Grün et Joliat, n° 402; Alauzet, 562.

trat n'est infecté ni d'une nullité absolue ni d'une nullité relative.

« Sans doute le risque peut être plus ou moins grand suivant les circonstances, mais l'erreur substantielle est celle portant sur une qualité qui fait passer la chose d'une catégorie dans une autre, d'un genre dans un autre. Au contraire, une erreur portant sur une qualité susceptible de plus ou de moins n'est pas une erreur substantielle.

« L'ignorance d'une circonstance de nature à *aggraver le risque sans le dénaturer*, n'est pas une cause de nullité si aucun dol ne vient s'y mêler. Le soin avec lequel les polices sont rédigées ne laissera presque jamais de place à une erreur substantielle telle que nous l'entendons. »

Et M. Labbé fait encore appel, pour justifier sa théorie, à des considérations pratiques ; pour lui, la doctrine selon laquelle une erreur sur l'ordre du risque, sur un fait qui, connu, aurait détourné l'assureur de contracter, serait une erreur substantielle et rendrait le contrat annulable, serait funeste, dans ses conséquences, au contrat d'assurance sur la vie.

« Beaucoup d'hommes, écrit M. Labbé, ont en eux des germes constitutionnels de mort, ils ne s'en rendent pas compte, ou, quand ils se plaignent de vagues souffrances, les médecins eux-mêmes s'y trompent et traitent d'accident nerveux sans gravité ce qui, plus tard, apparaît comme un mal sans remède. L'assurance sur la vie serait d'une utilité bien restreinte si elle ne réparait que les dommages résultant de morts fortuites. L'assurance comporte, il est vrai,

des risques, mais le risque peut tenir moins à l'éventualité des évènements qu'à l'ignorance des hommes et être matière à assurance ». Pour lui, cette incertitude relative née de l'ignorance où nous sommes de la quantité de vie que recèle chaque homme devient une véritable chance et peut très bien faire la matière d'une assurance légale, honnête, licite, utile, et ce serait une exagération regrettable que d'attacher à toute erreur sur l'étendue du risque une cause de nullité.

Ces arguments pratiques, invoqués par M. Labbé, ont certainement leur valeur ; sans doute l'assurance sur la vie ne peut borner son action à la réparation des dommages résultant de morts fortuites ; les barêmes des Compagnies sont établis, nous l'avons dit plus haut, d'après des tables de mortalité. Le calcul des moyennes données par ces tables a été fait en tenant compte de tous les risques fortuits ou non et sur les 100.000 contemporains qui ont servi d'objet et de champ d'expérience ; s'il en était présentant les caractères qu'on veut exiger du risque purement fortuit, on ne peut nier qu'il en était d'autres qui présentaient les signes, cachés ou non, d'une mort prématurée et certaine, et l'on serait tenté de dire que les Compagnies ne seront pas en-dessous de leurs prévisions en assurant tous les risques, qu'ils soient fortuits ou non, et qu'alors seulement elles feront la preuve de leur véritable utilité. Ce serait cependant aller trop loin et il n'est pas besoin de longues réflexions pour le comprendre. Sans doute, le raisonnement que nous venons de reproduire serait juste, et les Compagnies pourraient sans danger se lancer dans cette

voie, si tout le monde s'assurait; sans doute, alors, la même proportion de risques mauvais existerait dans les prévisions de l'assureur et dans la réalité, mais songeons que peu de gens s'assurent, ils forment la minorité et une déduction s'impose: que les Compagnies, pour leur intérêt pratique, doivent veiller à ce que cette proportion de mauvais risques ne s'accroisse pas au delà de ce qu'elles ont pris pour base lors du calcul qu'elles ont fait de leur prime, au détriment de leurs propres intérêts et de ceux mêmes de leurs assurés les plus intéressants.

N'assurer que les risques fortuits, c'est trop peu; les assurer tous, c'est au delà des forces de l'assureur, si l'on tient compte de ses moyens. Il faut trouver une solution intermédiaire conciliant les intérêts opposés qui se trouvent en jeu, car si la situation de l'assureur se trouve être digne d'attention, il ne faut pas oublier que celle de l'assuré mérite, la plupart du temps, un intérêt aussi vif par l'élévation même des sentiments qui l'ont fait naître.

Quelle cause peut nous être plus sympathique que celle de ce père de famille qui s'assure sur la vie, au profit de sa femme et de ses enfants. Il est, par son travail, la seule ressource de son ménage, il sait, que lui disparu, des êtres qui lui sont chers seraient dans une situation voisine de la gêne, il veut les mettre à l'abri du besoin, et sur le produit de sa profession il économise de quoi payer une prime souvent assez forte.

Il ne faut pas qu'au lieu de cette petite aisance, dont il a caressé le rêve pour les siens toute sa vie,

il laisse une situation des plus critiques, il ne faut pas que, parce qu'il y a eu une erreur dans l'appréciation des risques d'un contrat souvent lointain, *dans tous les cas*, disparaisse l'appoint du capital promis, engloutissant avec lui les sommes versées. Ce que l'assuré a voulu pour sa famille, c'est une situation assurée et non les chances douteuses d'un procès.

Pour nous, nous avons pensé concilier cette contrariété d'intérêts, en même temps que les exigences des textes, en nous ralliant à une opinion éclectique.

Et tout d'abord, nous pensons que la mauvaise foi n'est pas nécessaire pour engendrer la nullité du contrat. Le contrat d'assurance est une convention et doit, par cela même, être gouverné par le droit commun qui le régit, si aucun texte particulier n'y déroge ; le consentement est, comme pour les autres contrats, la première des conditions pour qu'il y ait accord de volonté ; l'article 1109 ne fait pas de distinction : « Il n'y a point de consentement valable si le consentement n'a été donné que par erreur, ou s'il a été extorqué par violence ou surpris par dol ».

D'après le droit commun, une simple erreur suffit donc, et nous ne croyons pas que l'article 348 vienne y contredire ; ses termes sont assez larges pour se référer à toute erreur, qu'elle soit dolosive ou non. « Toute réticence, toute fausse déclaration... annulent l'assurance ».

L'erreur est donc suffisante pour faire annuler le contrat, à deux conditions, cependant.

La première est édictée par l'article 1110 (Code civil), qui veut une erreur substantielle, c'est-à-dire, d'après

nous, modificative d'une des qualités que les parties ont eues spécialement en vue en contractant. « L'erreur n'est une cause de nullité de la convention, que lorsqu'elle tombe sur la substance même de la chose qui en est l'objet. »

La deuxième, si elle n'est dans les textes, doit se tirer des considérations et des besoins de la pratique et s'imposer de par la force de l'équité et de la justice.

L'erreur, pour être une cause de nullité du contrat d'assurance, doit être le résultat d'une faute imputable à l'assuré inexcusable d'avoir ignoré quelque chose d'important. Et disons de suite que ce criterium nous semble meilleur que celui de la bonne foi, admis par les tribunaux ; quoi de plus délicat de savoir si l'assuré a été ou non de bonne foi ; à qui s'en rapporter souvent, sinon à ses déclarations, et quoi de plus dangereux lorsqu'on a affaire à de bons simulateurs ?

Entre assureur et assuré, la situation n'est pas égale : l'assuré connaît parfaitement la chose qu'il assure et les dangers de perte qui entourent cette chose. Pour être renseigné exactement sur l'état des choses, l'assureur se confie à la *loyauté et à la diligence* de l'assureur (1). L'assuré doit, selon les conditions du contrat, être loyal d'abord, *diligent en plus*, et s'il ne déclare pas un fait de nature à modifier l'opinion du risque et qu'il devrait savoir, qu'il devrait connaître à sa juste valeur, il est en faute et il

(1) Cauvet, *Assurances maritimes*, t. I, p. 566, n° 478

doit en répondre comme d'une obligation à lui incombant et inexécutée par sa faute. Cependant, nous ne pouvons nier qu'il y ait, dans la détermination de la faute, une question d'appréciation assez délicate ; le soin de la trancher appartiendra aux tribunaux ; ils auront pour se guider le texte même de l'article 1137, d'après lequel le débiteur est tenu d'apporter à l'exécution de son obligation tous les soins d'un bon père de famille. L'assuré a pour obligation de déclarer, dans les limites du questionnaire à lui adressé, tout ce qui est de nature à influencer l'opinion du risque ; il doit faire cette déclaration en y apportant tous les soins d'un « bon père de famille » dont les qualités doivent être : intelligence et diligence, s'il veut mériter pareil titre.

Si, pour ce qui est diligence, nous serions disposé à nous montrer rigoureux, nous ne voulons pas exiger de l'assuré qu'il fasse preuve d'une intelligence supérieure ; nous voulons seulement qu'il ne lui soit pas permis d'opposer à l'assureur son ignorance de la gravité de tels ou tels accidents (ceci pour le cas de maladie) qui sont reconnus par tous comme pouvant constituer les symptômes d'une maladie grave et qui ne manqueraient pas d'éveiller les craintes du malade pour peu qu'il soit intelligent : tels sont les congestions, les attaques, crachement de sang, etc.

Quelle sera la sanction de la faute commise par l'assuré ? La réponse à la question nous est donnée par la volonté des parties exprimée et consentie librement dans le contrat. De droit commun, et sur ce point nous sommes parfaitement d'accord avec M. Labbé,

la faute contractuelle ne peut donner lieu qu'à des dommages-intérêts (1). Mais la faute, ici, a été productive d'erreur substantielle, et c'est la sanction de cette erreur que nous appliquons suivant le texte même de l'article 1110.

D'ailleurs, et nous en revenons maintenant à l'examen de la volonté des parties, cette volonté est pleinement libre de poser les conditions qu'elle juge utiles dans les conventions, quitte à ne pas aller contre l'ordre public et les bonnes mœurs; les parties peuvent, par leur accord mutuel, fixer tels dommages et intérêts qu'elles jugent bons, comme sanction de la faute d'un des contractants.

Qu'y a-t-il de contraire à ces principes qu'elles puissent décider d'attacher à une erreur substantielle due à la faute d'une partie la clause pénale de nullité du contrat, au lieu de dommages-intérêts des plus difficiles à évaluer? Et cette volonté n'est non plus contraire, nous l'avons montré, aux termes des art. 1109, 1110 du Code civil et 348 du Code de commerce.

Nous croyons, par ce que nous venons d'exposer, avoir légitimé notre manière de voir, plus conforme aux intérêts des parties, plus conciliante envers leurs besoins réciproques; elle se tient à l'écart des décisions rigoureuses des théories opposées de la bonne et de la mauvaise foi. Si dans l'une, dans tous les

---

(1) Merger, *Assurances terrestres*, n° 183; Grün et Joliat, *Assurances terrestres*, n° 400; Alauzet, *Assurances terrestres*, n° 561, s'autorisent pour réclamer la nullité de l'exemple de la jurisprudence anglaise. Voir aussi art. 812, Code de commerce allemand; Code de commerce hongrois de 1875.

cas, la bonne foi prouvée est suffisante pour valider le contrat, si dans l'autre la mauvaise foi n'est pas nécessaire et si l'erreur suffit pour mettre le contrat à néant, dans notre opinion, nous avons pensé que la nullité causée par l'erreur ne pouvait être que la sanction d'une faute, et cette manière de voir est, croyons-nous, très acceptable pour l'assureur et l'assuré. S'il serait injuste et draconien pour ce dernier qu'on annule le contrat dans tous les cas, même s'il n'y a aucune mauvaise foi de sa part, sur la preuve d'une simple erreur, il serait ruineux pour la Compagnie et dangereux pour la plus élémentaire justice de valider tout contrat au seul mot de bonne foi prononcé par l'assuré.

S'il y a une erreur substantielle, si elle est imputable à une faute de l'assuré, il en répond, et nous le trouverions bien mal venu à s'en plaindre. A lui de se garder, dans le contrat d'assurance sur la vie, des défauts de négligence et d'inadvertance qui apparaissent chez beaucoup dans la circonstance. Qu'il ait le même soin de père de famille, selon le vœu du Code, pour la conclusion d'un contrat d'assurance, que pour l'administration de ses propres affaires.

SECTION III

La fausse déclaration en matière incendie et en matière de rente viagère.

Nous venons d'examiner les caractères de la réticence dans l'assurance sur la vie ; qu'il nous soit

permis, sans sortir de notre sujet, d'élargir le champ de notre étude par une brève comparaison de l'assurance sur la vie avec les autres contrats aléatoires, principalement l'assurance contre l'incendie et la rente viagère.

En matière assurance contre l'incendie, la question des réticences se pose dans les mêmes termes et doit être, dans ses différentes parties, solutionnée de la même façon. Pour s'en convaincre, il suffit de se reporter à un ouvrage de M. Guionin, traitant « Des causes de déchéance dans les polices d'assurance contre l'incendie » (1). Les mêmes questions se sont présentées à son étude, et sauf sur le point fort discuté du dol et de la bonne foi, ses conclusions peuvent être nôtres ; citons-en quelques-unes, les principales, que nous trouvons page 45. « La déclaration obligatoire, dit l'auteur, s'étend, pour le preneur, à tous les faits aggravant le risque qu'il connaît ou qu'il ne peut ignorer sans dol ; ces faits doivent être déclarés même quand ils n'ont aucune connexité avec la réalisation du sinistre. Pour savoir si tel fait doit être déclaré, il faut s'en rapporter aux tribunaux. » Sur la question de savoir si l'erreur suffit pour vicier le contrat, M. Guionin serait d'un avis contraire au nôtre, et se rallierait à la théorie d'après laquelle l'article 348 du Code de commerce ne fait que s'appliquer au cas d'erreur causée par la mauvaise foi.

Quoi qu'il en soit de la discussion de ce point de dètail, nos deux branches d'assurance, sur la ques-

---

(1) Guionin, thèse, Paris, 1905.

tion des caractères de la réticence, vont de pair, et les quelques particularités que l'on serait tenté de relever en matière incendie se transforment à l'étude, et excepté une véritablement sérieuse, en autant de points d'analogie.

La première consisterait dans une clause, insérée par certaines Compagnies, leur permettant, en cas d'*erreur sans mauvaise foi* (1), de continuer l'assurance en faisant subir une réduction au capital convenu. Il y a là une généralisation possible et logique, étant donné le caractère appréciable de la différence constatée dans le risque, de la clause relative à l'âge dans les polices d'assurances sur la vie; et si celles-ci n'ont pas étendu pareille disposition, c'est qu'il n'y a guère que la réticence ayant porté sur l'âge qui soit susceptible d'évaluation matérielle compatible avec l'échelle des tarifs.

Une seconde particularité semblerait se dégager de l'étude de la condition exigée de la réticence à savoir « qu'elle doit influer sur l'opinion du risque ». M. Guionin (2) nous dit « qu'il arrive, en fait, que certains assurés sont déclarés déchus, alors même que la réticence n'aurait pas influé sur l'opinion du risque », cela par l'effet d'une clause conçue généralement dans les termes suivants :

« L'assuré, sous peine de n'avoir droit, en cas « d'incendie, à aucune indemnité, doit faire connaître « à la Compagnie toutes les circonstances de nature

---

(1) Guionin, *op. cit.*, p. 54.
(2) Guionin, *op. cit.*, p. 60.

« à l'éclairer sur le risque. Il doit notamment déclarer s'il est propriétaire, usufruitier, locataire, administrateur, dépositaire ou concessionnaire des objets dont il propose l'assurance et généralement en quelle qualité et dans quel intérêt il agit; si les bâtiments sont construits sur le terrain d'autrui, s'ils sont contigus à un théâtre, à une fabrique, à d'autres bâtiments couverts en bois ou en chaume, en papiers ou tissus goudronnés, vernis ou bitumés, ou à des établissements contenant des marchandises ou produits d'une espèce dangereuse », et M. Guionin ajoute: « Cette clause a pour effet d'enlever aux tribunaux la faculté d'apprécier si l'omission de l'une des circonstances qu'elle énumère a pu influer ou non sur l'opinion du risque.... l'assuré encourra la déchéance *par le seul fait de l'omission* ».

En serait-il autrement en matière d'assurance sur la vie? les polices exigent, pour que l'assurance soit annulée, que la réticence « *puisse* avoir de l'influence sur l'appréciation du risque (1). » Certes, en matière vie les Tribunaux apprécient, mais d'après quelles bases? N'est-ce-pas, comme en matière incendie, en recherchant la volonté de l'assureur de prendre tel ou tel fait comme modifiant le risque, d'après le questionnaire auquel a répondu l'assuré ; et les deux questionnaires dans les deux branches ne représentent-ils pas les qualités substantielles du risque sur lesquelles l'assureur veut être renseigné ?

La seule différence sérieuse, selon nous, qui se

(1) *La Dordrecht.* Conditions générales, art. 2.

présente en matière d'assurance contre l'incendie tient à ce fait que l'agent peut ici vérifier les déclarations faites par l'assuré; il peut par lui-même, grâce à une visite scrupuleuse des bâtiments qu'on lui propose d'assurer, se rendre compte de la valeur du risque que sa Compagnie devra assumer; dans certains cas même, c'est lui seul qui procède à la rédaction après avoir pris connaissance des lieux assurés. De là naissent trois situations distinctes que nous ne retrouvons pas dans l'assurance sur la vie (1), elles ont été fort bien expliquées par M. Guionin (2) qui les expose ainsi :

« 1° L'*assuré a rédigé la police*, l'agent a de son côté procédé à une visite des lieux, l'assuré a oublié de mentionner une circonstance aggravant le risque, mais il peut prouver que l'agent en avait connaissance. — Doit-on décider que, malgré cela, la réticence produira son effet et prononcer la déchéance contre l'assuré.

« 2° Ce n'est plus l'assuré, c'est l'agent même de la Compagnie qui a procédé exclusivement à la rédaction du contrat après avoir pris connaissance des lieux assurés. Mais dans la rédaction l'agent a omis une des circonstances du risque qui, d'après les conditions générales, doivent faire l'objet d'une déclaration. Faut-il faire retomber sur l'assuré les conséquences

---

(1) On a voulu dans l'assurance sur la vie assimiler le médecin à l'agent de la Compagnie incendie. Il n'y a entre eux rien de commun. — Voir page 158.

(2) Guionin, *op. cit.*, p. 65.

de la réticence ? Sans doute, l'assuré aurait dû faire sa déclaration et veiller à ce qu'elle soit insérée dans la police. Mais il y a suivi aveuglément la foi de l'agent de la Compagnie (1). Celui-ci était, en quelque sorte, *son mandataire* (2), il s'est complètement substitué à lui et normalement l'assuré devait compter sur sa compétence pour éviter les omissions.

« 3° Enfin l'assuré a fait réellement à l'agent sa déclaration, mais ce dernier a oublié, sciemment ou non, de l'insérer dans le contrat. N'est-ce pas cet agent qui est responsable ? »

Ces situations, qui ne se posent que pour l'assurance contre l'Incendie, ont donné lieu à une jurisprudence touffue et ont fait éclore, au fur et à mesure des arrêts rendus, des clauses qui, venant des Compagnies, ont un caractère des plus nets de représailles.

Leur étude, en même temps qu'elle serait trop longue, dépasse les limites et l'objet que nous nous sommes fixés et nous renvoyons le lecteur à l'ouvrage que nous avons signalé de M. Guionin, notamment aux pages 96, 107 et suivantes.

Ceci dit, passons à l'examen de la fausse déclaration dans le contrat de rente viagère ; étant donné le caractère spécial du contrat en question, il ne sera pas besoin de longs développements. Ici, en effet, c'est un risque de vie qui est assuré par le débiteur de la rente et l'on comprend que la justesse de toutes

---

(1) Req. 8 juillet 1873, D 74, 1, 172.

(2) Cour d'appel de Bruxelles, 2 juin 1888 (*Pasicrisie belge*, 88, 2, 354).

les déclarations, portant sur la santé du crédit-rentier et sur ses antécédents héréditaires, importe peu pour la formation de l'opinion du risque, puisqu'ici l'intérêt même du débiteur de la rente serait d'assurer un individu débile.

Nous trouvons, au Code civil, trois dispositions intéressant notre question, ce sont les articles 1974, 1975 et 1978. Il nous a paru, en les lisant, que le désir des rédacteurs du Code avait été de restreindre les cas où il serait possible de prononcer la nullité du contrat de rente viagère, tout en ayant la ferme volonté de maintenir audit contrat son caractère aléatoire : c'est dans cet esprit que sont conçus les articles 1974 et 1975 (1). L'article 1978 apparaît nettement comme une brèche à l'article 1184 qui porte que « la condition résolutoire est toujours sous-entendue dans les contrats synallagmatiques pour le cas où une partie ne satisfera pas à son engagement. »

S'il est un cas où le débiteur de la rente ne satisfait pas à ses obligations, c'est bien lors qu'il ne paie pas les arrérages; c'est là le premier de ses devoirs, et pourtant, dans ce cas, l'article 1978 refuse au crédit-rentier le droit au remboursement du capital, le droit de demander la résolution du contrat.

Devant une pareille décision, il est permis de se demander si une erreur née d'une réticence dans le contrat est capable de le faire résoudre. Les articles 1974 et 1975 présentent deux cas dans lesquels le con-

---

(1) Article 1975. V. Aubry et Rau, 4e édit., t. IV, p. 583, § 388; texte et notes 9 et 10. Op. contr. dans Paul Pont, t. I, p. 719.

trat est nul, de par un vice concomittant : le cas où la personne sur la tête de qui la rente était créée était morte au jour du contrat, et le cas où cette personne était atteinte, lors de la passation du contrat, de la maladie dont elle est morte dans les vingt jours qui suivirent. Ces deux articles s'expliquent par la volonté des rédacteurs du Code de maintenir à l'opération son élément essentiel « l'aléa qui est sa raison d'être, sa condition nécessaire (1). » Il n'y a là aucune allusion à une nullité pour erreur et la question ayant été réservée par les rédacteurs du Code, il faut, croyons-nous, la solutionner par les principes généraux.

« Le droit de résolution pour inexécution des conditions n'a pas besoin d'être écrit dans un texte spécial du titre de la rente viagère. Telle est l'opinion de M. Guillouard (2). C'est un droit général, dit-il, qui existe dans tous les contrats à titre onéreux. » Donc, si, du fait du crédit rentier, s'est glissée dans le contrat une erreur présentant les conditions que nous avons énoncees pour l'assurance, le contrat pourra être résolu.

Terminons en disant que l'hypothèse d'une fausse déclaration en matière de rente viagère sera, en pratique, d'un domaine assez restreint; nous avons dit qu'en matière de maladie elle ne se présente pas; il n'y aurait guère de possible qu'une réticence sur l'âge : le crédit rentier se serait fait passer pour plus âgé qu'il l'était en réalité et dans ce cas même,

---

(1) Paul Pont, *op. cit.*, I, p. 360.

(2) Guillouard, *Contrats aléatoires*, p. 286.

croyons-nous, il pourrait ne pas y avoir lieu à résolution, ainsi que cela se passe en matière d'assurance sur la vie; il suffirait pour régler la situation d'une diminution proportionnelle dans le paiement des arrérages, avec imputation sur les intérêts à venir des sommes payées en trop par le débit rentier.

CHAPITRE IV

Des réticences et des fausses déclarations les plus fréquentes.

Dans le langage courant, la réticence est le fait de taire ce que l'on connaît, la fausse déclaration exige, elle, un rôle actif, il faut qu'on parle tandis que pour commettre une réticence il suffit de se taire.

Par les détails que nous avons donnés dans les précédents chapitres, nous avons vu dans quelles conditions elles doivent être retenues comme vice du contrat d'assurance, et quels caractères elles doivent présenter pour engendrer la nullité qui les sanctionne.

Nous voulons maintenant passer en revue celles qui se présentent le plus fréquemment dans la pratique et, ce faisant, nous donnerons pour chacune d'elles les détails que nous croyons utiles à une connaissance plus complète de chaque espèce.

SECTION I

Réticences sur l'âge.

La réticence (1) sur l'âge se découvre le plus souvent au moment du décès de l'assuré. A ce moment,

(1) Pour la simplification et la clarté du style nous emploierons le mot : « Réticence » comme terme générique, comprenant à la fois la fausse déclaration et la réticence.

certaines justifications sont exigées des héritiers par la Compagnie. Elles comprennent la production de l'acte de naissance de l'assuré, de son acte de décès et d'un certificat du médecin indiquant la cause du décès. La production de l'acte de naissance a pour objet de permettre à la Compagnie de contrôler la déclaration que l'assuré a faite lors de la souscription concernant la date de sa naissance et par suite son âge, déclaration sur la foi de laquelle le tarif a été appliqué. Cependant, quand l'acte de naissance a été produit lors de la souscription, on n'a pas à le reproduire après le décès. Si la production de l'acte de naissance révèle à la Compagnie une erreur dans la déclaration qui lui a été faite, qu'elles en seront les conséquences?

La jurisprudence s'est prononcée dans un arrêt du 25 juillet 1885 (*J. A.*; 85, 601). Le Tribunal de la Seine, saisi de la question, décida que « si les actes « de l'état-civil permettent de constater que l'âge de « l'assurée était plus avancé d'une année que celui « par elle déclaré, cette inexactitude n'a pu avoir « d'influence que sur la fixation de la somme assu- « rée et n'est point de nature à entraîner la nullité « du contrat. »

D'autre part, l'inexactitude relative à l'âge a été envisagée par M. le professeur Roelli dans son « Projet de loi sur les assurances » (page 70). Les dispositions qu'il propose peuvent se résumer ainsi que nous allons les exposer et les Compagnies se sont ralliées à la même manière de voir.

Si l'erreur n'est que de quelques jours, elles n'y

attachent en général aucune importance, mais si elle est suffisante pour avoir entraîné une différence en plus ou en moins dans l'évaluation de la prime, il y a lieu à une simple rectification portant sur la valeur des primes ou celle du capital assuré; l'indication inexacte de l'âge, d'après M. Roelli, ne pourrait avoir pour conséquence de délier l'assureur que si l'âge d'entrée réel n'était pas compris dans les limites d'admission établies par l'assureur. Ce contrat, dans ce cas, serait nul, le consentement des parties ne s'étant pas accordé sur le même risque (1) il y aurait erreur sur l'identité de l'objet.

Dans tous les autres cas, voici comment on procède :

Si l'assuré s'est déclaré plus âgé qu'il ne l'était en réalité, et si on lui a par suite appliqué une prime trop élevée, la Compagnie rembourse, sans intérêts, ce qu'elle se trouve avoir reçu en trop.

Si, au contraire, l'assuré s'est rajeuni dans ses déclarations, et s'il a payé une prime trop faible, cette prime n'assurerait qu'un capital inférieur à celui qui est inscrit dans la police, et la Compagnie ne paie que le capital correspondant à la prime réellement payée.

Ainsi, dans l'un comme dans l'autre cas, la Com-

---

(1) Ceci arrivera par exemple pour les Compagnies qui n'acceptent pas d'assurances sur des têtes âgées de plus de 60 ans; si, au moyen d'une déclaration erronée, un individu âgé de plus de 60 ans s'était fait passer pour plus jeune et s'était fait accepter ainsi, la Compagnie serait en droit d'opposer la nullité de l'assurance.

pagnie applique le mode de rectification qui lui est le plus favorable, et, selon l'avis d'un praticien, M. Schevichaven, avis auquel nous nous rangeons pour notre part, rien n'est plus juste. Ce n'est pas la Compagnie qui a commis l'erreur, c'est le souscripteur, c'est donc à lui ou à ses ayant-droit d'en supporter les conséquences.

Si la prime a été trop faible, c'est avec raison que la Compagnie fait porter la rectification sur le capital assuré, au lieu de se borner à réclamer la part de primes qu'elle aurait dû recevoir si la déclaration eut été exacte. « Il est de principe, en effet, nous dit M. Schevichaven (1), que la prime doit être payée par avance, l'assurance est un contrat aléatoire dans lequel la mise doit être faite avant que le sort n'ait statué, il n'est plus temps de le faire quand le souscripteur est décédé, la Compagnie n'aurait pas eu d'action pour le recouvrement de la somme dont l'erreur du contractant lui faisait tort s'il avait cessé ou résilié avant son décès. » S'il a payé une prime trop forte, on lui remboursera ce qu'il a versé en trop, mais le bénéficiaire ne saurait soutenir sérieusement que l'on doit majorer le capital assuré dans la proportion de l'excédent de prime payé; la Compagnie répondrait avec raison qu'elle a accepté l'assurance pour le chiffre indiqué dans la police et non pour un chiffre supérieur, sur lequel l'assuré lui-même n'a pas compté.

Ajoutons que, quelquefois, dans les contrats est

(1) Schevichaven, *op. cit.*, p. 72.

insérée la clause suivante : « Toute différence constatée entre la date de naissance déclarée lors du contrat et celle portée en l'acte de décès de l'assuré, donnera lieu, soit à une réduction proportionnelle du capital assuré, soit au remboursement sans intérêt des sommes perçues en trop sur les primes.

SECTION II

Antécédents héréditaires.

La considération des antécédents est une des plus importantes aux yeux des Compagnies d'assurance sur la vie. Depuis quelques années surtout, elles s'attachent à obtenir le plus de renseignements possibles sur les maladies auxquelles ont succombé les parents des personnes qui contractent une assurance.

C'est qu'en effet, la statistique, apportant un concours précieux à la science médicale, a révélé que la transmission de certaines maladies par hérédité est presque fatale.

Pour la phtisie, on a constaté l'hérédité dans 38 cas sur 100; pour le cancer, l'évaluation varie de 9 à 16 °/₀ (1).

En dehors d'une hérédité caractérisée, on ne peut nier les prédispositions morbides qui peuvent affecter un individu du fait de sa naissance; on ne peut contester la pernicieuse influence pour l'enfant, d'habi-

---

(1) Weill-Mantou, *Manuel du Médecin d'Assurances sur la Vie*, p. 106 et 117.

tudes d'alcoolisme chez les parents, d'affections syphilitiques ou de maladies organiques telles que le diabète ou l'albuminurie.

Il importe donc que les déclarations des personnes à assurer en ce qui concerne leurs antécédents héréditaires soient complètes et sincères. Elles seules peuvent éclairer le médecin sur les symptômes qui, pour lui, passeraient inaperçus ou seraient considérés comme des accidents sans importance, alors que son esprit, averti par les déclarations du proposant, pourra les apprécier à leur juste valeur.

Cependant, encore que le proposant se rende compte de l'utilité de réponses sincères de sa part, et soit disposé à se soumettre à ces obligations, on ne peut se dissimuler qu'il doit éprouver quelque répugnance à dévoiler des secrets considérés comme secrets de famille, et qu'on a tenus scrupuleusement cachés jusqu'à ce jour. Sans doute, s'il se présentait comme malade devant son médecin, n'hésiteraient-il pas à lui faire une confidence capable de l'aider à lui conserver la santé.

« Mais le futur assuré qui se présente devant le « médecin de la Compagnie n'est pas dans cette situa- « tion; il n'a point, pour confesser son secret, cette « impulsion presque irrésistible, dictée par l'obses- « sion de la conservation de sa vie. Il n'est pas, sous le « coup d'une maladie, mû par l'impérieux instinct « de s'y soustraire : sa volonté est libre. Il veut « faire une affaire très légitime suggérée par un « mobile fort respectable, il a débattu les consé- « quences de sa demande, il ne vient pas auprès

« d'un médecin chercher la guérison d'une mala-
« die, il ne sacrifiera pas à son désir toute considé-
« ration et parfois son honneur personnel (1). »

D'autres considérations sont aussi de nature à le retenir, la crainte que le refus de la Compagnie ne soit divulgué et ne vienne lui faire tort dans son établissement ou dans celui d'un membre de sa famille.

Enfin, certains, et ce ne sont pas les moins nombreux, craignent la révélation d'une maladie qu'ils ne soupçonnaient point. Ils vivaient tranquilles avant, ils vont être dans de perpétuels soucis s'il survient un refus de la part de la Compagnie; tout ce qu'ils demandent, c'est que le médecin n'en voie pas plus qu'eux et ne vienne pas les réveiller (de leur faute qui plus est) dans leur ignorance trompeuse.

Nous n'avons pas à juger une pareille puisillanimité, et pour nous, nous croyons préférable d'être fixé sur son propre compte, quand cela est possible, encore qu'il n'y ait plus d'espoir, et que, s'il en est encore, l'examen médical peut rendre le service d'ouvrir les yeux à des gens qui se seraient aperçus des germes morbides qu'ils avaient en eux trop tard pour les combattre, et peut leur permettre ainsi, par un traitement immédiat, de revenir à la santé.

Pour ce qui est de la crainte de la divulgation du secret confié, disons que les garanties de la discrétion ne manquent pas.

Le rapport médical (comprenant la déclaration faite

---

(1) V. Brouardel, *Traité de Médecine légale*, p. 95.

par le proposant et signée en présence du médecin de la Compagnie) est transmis directement et sous pli cacheté à l'administration de la Compagnie; il a un caractère totalement confidentiel et n'est pas plus communiqué à l'intéressé qu'à l'agent qui a mis les parties en rapport; en principe, le résultat de l'examen médical n'est même pas communiqué aux autres Compagnies faisant partie du même syndicat. L'administration ne se considère comme dégagée, que si la personne refusée se présente de nouveau à une autre Compagnie. Dans ce cas, si cette personne est de bonne foi elle indique le nom de la Compagnie qui a écarté la première proposition, ce qui équivaut à une autorisation de communiquer les pièces du dossier. Au contraire si le proposant essaie de tromper la seconde Compagnie, en ne lui avouant pas ce qui s'est passé avec la première, celle-ci fait connaître la vérité dans le but de déjouer de coupables maneuvres (1).

Un système de confidentialité plus rigoureux a été proposé (2) auquel pour notre part nous sommes tout disposés à nous rallier. Le certificat ne devrait passer que devant les yeux des médecins; de la sorte, les médecins de la Compagnie pourraient tout dire; le médecin de l'agence centrale recevant directement et dépouillant les certificats qui seraient ensuite détruits n'aurait qu'à donner son opinion à l'administration sur l'état de santé du proposant sans entrer

---

(1) Cf. Lefort, *Traité de l'examen médical dans les assurances sur la vie*, p. 15 et 16.

(2) Cerné, *Journal de Médecine de Paris*, 28 août 1887.

dans des détails qui *a priori* doivent être parfaitement indifférents et inutiles à des administrateurs incompétents en matière de médecine.

Quoiqu'il en soit de cette répugnance éprouvée par le proposant à répondre sur la question « antécédents héréditaires », il n'en est pas moins vrai que « la dissimulation de ces maladies (dans l'espèce : phtisie) auxquels ont succombé divers membres de la famille de l'assuré et la fausse indication de circonstances de nature à faire croire que ces personnes ont succombé à des maladies aiguës et purement accidentelles diminuent l'opinion du risque et entraînent la nullité de l'assurance. (Ainsi jugé au Tribunal civil de la Seine, 25 juillet 1885; *J. A.*, 85, 601). »

Jugé de même pour des réticences ayant porté sur l'aliénation mentale d'ascendants ou de certains collatéraux. (Arrêt du Tribunal civil d'Angers, 7 juin 1892; *J. A.*, 93, 167.)

Cependant, il a été jugé qu'il n'y aurait pas déchéance punissable si, interpellé sur les causes de la mort de son père, l'assuré n'avait pas fait une réponse exacte pour un évènement ancien sur lequel il a pu être inexactement renseigné (Tribunal civil de la Seine, 25 juillet 1885; *J. A.*. 85, 601; Tribunal de commerce de Bruxelles, 7 décembre 1889; *R. P.*, 89, 285; S., 90, 4, 32, et sur appel, Bruxelles, 22 février 1890; S., 91, 4, 15.)

SECTION III

Réticences sur ressources.

Le seul arrêt, à notre connaissance, intervenu sur la question est un arrêt de la Cour d'appel de Bruxelles (6 avril 1889; *J. A.*, 89, p. 223, intervenu en faveur de la Compagnie *Le Kosmos*. Cette Compagnie avait interpellé directement le proposant (ce que ne font pas les Compagnies françaises) sur ses ressources, c'est pour cela qu'elle put arguer de fausse déclaration de sa part, tandis que nos Compagnies françaises, qui s'en rapportent pour le renseignement à leurs agents, n'auront aucun recours contre le proposant dans des cas où cependant la fraude est plus manifeste ainsi qu'il résulte des attendus de l'arrêt. Nous croyons intéressant de reproduire les principaux attendus, qui, en même temps qu'il nous montreront les intentions des Compagnies dans pareille circonstance, nous feront voir qu'elle peut être la fraude commise à leur égard.

« Attendu que D..., auteur de l'appelante, a dans la proposition déclaré qu'il était rentier et paierait lui-même les primes avec ses propres ressources;

« Attendu qu'il résulte des enquêtes que D... n'a jamais été qu'ouvrier badigeonneur recevant un salaire de 3 fr. 75 en été et de 3 fr. en hiver.....

.....

« Qu'il était inscrit sur la liste des indigents soutenus par le Bureau de Bienfaisance.

..... « Que s'il a déposé en 1885 chez un banquier, pour garantir un crédit ouvert à son gendre, des titres ayant une valeur..... réelle de 12.000 fr., il n'est pas justifié qu'il ait jamais eu d'autres ressources que son salaire; qu'en admettant que ce petit capital ait pu être amassé à force d'économies, il était insuffisant pour lui permettre de vivre de ses rentes et eut été absorbé en entier par les quatre premières primes.

« Attendu que lorsque la Compagnie demande à l'assuré s'il paiera les primes lui-même, et de ses propres ressources, c'est que, d'une part, comme le prouvent les questions suivantes, elle veut avant de contracter une assurance dont les primes seront payées par un tiers, pouvoir apprécier l'intérêt qu'il porte à la longévité de l'assuré et, d'autre part, comme l'énonce expressément l'article 11 des instructions imprimées qu'elle donne à ses agents, *elle n'accepte pas les assurances faites par spéculation* dont la prime surpasse les moyens du proposant.

« Attendu que la Compagnie n'eût donc pas traité, tout au moins aux mêmes conditions, si elle avait su que D... prenait un engagement excédant ses ressources et qu'en dissimulant cette circonstance il a commis une réticence qui rend l'assurance nulle.

« Par ces motifs, met l'appel à néant. »

SECTION IV

Réticences portant sur des habitudes d'intempérance.

Certaines Compagnies, principalement les Compagnies étrangères, interpellent directement le propo-

sant sur ses habitudes, et ont ajouté dans leur questionnaire actuellement en usage une question ainsi conçue : Faites-vous un usage immodéré de boissons alcooliques?

Cependant, les Compagnies françaises n'ont pas encore adopté cet usage, et n'interrogent le proposant sur ses habitudes que si, de par sa profession, on peut le soupçonner d'être enclin à se livrer à l'abus des boissons alcooliques, ce qui arrive pour les restaurateurs, cafetiers et débitants. Dans les autres cas, elles s'en rapportent aux renseignements fournis dans le rapport confidentiel de l'agent, et il est bien certain que si elles ont été induites en erreur sur les habitudes du proposant, elles n'ont aucune action contre lui : pour qu'il y ait réticence de sa part, il faut que le fait passé sous silence ait été l'objet d'une interpellation particulière. La seule ressource des Compagnies françaises est de recourir en dommages-intérêts, si elles le jugent bon, contre leur agent qui est en faute de leur avoir fourni de mauvais renseignements. C'est ce qui a été décidé par un arrêt du 3 mars 1885 du Tribunal civil de la Seine (*J. A.*, 85, p. 239) dont les attendus consacrent sans réserve ce principe :

« Attendu que les déclarations demandées à la demoiselle Courvalin dans la police d'assurance portaient uniquement sur les circonstances suivantes de savoir si elle avait été vaccinée et si elle était sujette à quelque maladie ou infirmité;

« Attendu que sur tous ces points les réponses de l'assurée ont été véridiques; que si, dans les renseigne-

ments confidentiels transmis par l'agent à la Compagnie, il est en outre ajouté que la demoiselle Courvalin était sobre et d'une bonne moralité, ces déclarations n'émanent pas de l'assurée, et ne peuvent être retenues contre elle, qu'elle n'avait pas à s'expliquer, en dehors des questions précises de la police, sur les habitudes vicieuses de sa vie, du moment que ces prétendus vices n'avaient point dégénéré en une maladie caractérisée et que le silence gardé par elle à cet égard ne saurait être considéré comme une réticence, etc.

« Par ces motifs, condamne la Compagnie (1). »

Et le Tribunal civil de la Seine pensa bien aussi que le seul recours possible de la part de la Compagnie était contre son agent, le sieur Liot ; on peut en juger par l'attendu suivant :

« Attendu qu'aucune demande en responsabilité n'a été fondée contre Liot dans les écritures et qu'il n'appartient pas au Tribunal de statuer sur des choses non demandées. »

Il est inutile d'ajouter que l'intérêt des Compagnies serait de s'en rapporter pour le renseignement au proposant lui-même, et de lui poser nettement la question : « Faites-vous un usage immodéré des boissons alcooliques ? » Que si l'on objecte que la question est trop vague, et qu'il n'est pas possible de déterminer le point ou finit l'usage modéré et où commence l'abus, nous répondons qu'il ne s'agit pas

(1) Voir dans le même sens un jugement du Tribunal civil de la Seine, 12 novembre 1902, *J. A.*, 1903, p. 128.

de le déterminer avec une précision mathématique, il suffit seulement de mettre un terme à des sinistres scandaleux qu'on a le regret de constater trop souvent, il s'agit d'écarter de l'assurance les gens notoirement alcooliques, les ivrognes d'habitude. C'est ce que font les Compagnies étrangères et elles s'en trouvent bien.

Le premier exemple nous en est donné par un arrêt de la Cour de Dublin de 1875 (*J. A.*, 76, 199). Une police avait été contractée avec un nommé Jones Coplaud. Au mois de janvier 1874, la Compagnie eut à douter de l'exactitude des déclarations de l'assuré, elle apprit que ses habitudes était loin d'être conformes aux règles de la tempérance et qu'elles étaient bien antérieures à la proposition, et qu'il avait même eu de ce fait une attaque de *delirium-tremens*. En octobre 1874, le solliciteur de la Compagnie écrivit au défendeur pour l'informer que la Compagnie allait lui intenter un procès dans le but de faire annuler la police pour fausse déclaration et lui offrit de lui restituer les primes payées s'il voulait renoncer à son contrat; il ajoutait que la Compagnie se considérait comme libre et ne recevrait plus aucune prime ultérieure.

Aucune réponse n'ayant été faite, un procès fut intenté au défendeur. Au cours des débats, le défendeur nia ses habitudes et mit les deux ou trois attaques qu'il avait eues de delirium-tremens sur le compte de disputes de famille.

Le maître des rôles rendit un jugement en faveur de la Compagnie, mais déclara le défendeur non cou-

pable d'intention frauduleuse et décida que la Compagnie mettrait à exécution l'offre faite préalablement par elle de restituer à l'assuré les primes payées.

En France, les choses ne se passent pas ainsi et il ne peut y avoir réticence que lorsque le proposant était, de par sa profession, soumis à un interrogatoire spécial ; c'est ce qui fut décidé par un jugement du Tribunal de la Seine de 1898 (*J. A.*, 98, p. 97).

« Attendu que le stipulant, restaurateur, a été *en cette qualité* soumis au questionnaire spécial et détaillé que la Compagnie (*Mutual Life*) fait subir à cette catégorie de candidats nécessairement appelés au débit des spiritueux ; que cet interrogatoire est ainsi conçu : Quelles sont, en moyenne, vos habitudes personnelles en ce qui concerne l'absorption de boissons enivrantes ; le genre de liqueur et la quantité ? Qu'il a répondu : je prends, en moyenne, une bouteille de vin par jour, de la bière, accidentellement, et un verre d'eau-de-vie dans mon café. Qu'à une seconde question : « Supportiez-vous, anciennement, plus facilement les boissons qu'aujourd'hui ? » il a répondu : « Non, je n'en ai jamais pris davantage » ;

« Attendu qu'il est de notoriété publique que Brébion (l'assuré) buvait surtout de l'absinthe, du byrrh, etc.

« Attendu qu'il a fait une réponse mensongére.

« Par ces motifs, condamne Brébion ».

SECTION V

Réticences portant sur précédentes propositions.

Si l'assuré est sincère, il doit faire connaître au nouvel assureur auquel il s'adresse, l'abandon des pourparlers entamés avec une première Compagnie ; on lui demande surtout de déclarer si une assurance sur la vie « lui a été refusée par une autre Compagnie. »

Cette déclaration a, on le comprend, une grande importance : si quelqu'un a déjà été repoussé par une Compagnie et qu'il s'adresse à une autre, il doit le dire pour que les renseignements nécessaires puissent être pris auprès de la première.

Le Tribunal civil de la Seine (26 août 1884, *J. A.*, 85, p. 75) a décidé que toute proposition d'assurance sur la vie, non suivie d'effet, doit être déclarée à la Compagnie avec laquelle intervient, ultérieurement, un autre contrat, soit qu'il s'agisse de conclure une assurance au nom de la personne qui n'a pu se faire agréer précédemment par une autre Compagnie, soit que le bénéficiaire soit un tiers stipulant à son profit une assurance sur la tête de cette personne, et, en cas de résolution, les primes échues sont acquises à la Compagnie.

Voici sur quelles considérations le Tribunal de la Seine s'est basé, et le tribunal n'a pas manqué de faire ressortir la qualité d'un des proposants, le nommé Gribal, agent d'assurances.

« Attendu que, dans sa proposition même, il a fait,

en réponse à un questionnaire dressé par la Compagnie, des déclarations diverses devant servir à la Compagnie pour se former une opinion sur le risque et pour motiver son acceptation ou son refus de s'obliger; qu'il est constant que Gribal, agent d'assurances, pouvait, moins que tout autre, se méprendre sur l'importance des déclarations qui lui étaient demandées.....;

« Attendu qu'en réponse à la sixième question : « Une assurance sur votre vie a-t-elle été proposée à d'autres Compagnies? à quelle époque et à quelle Compagnie? Cette proposition a-t-elle été suivie de la délivrance d'une police? en cas contraire, pour quelle cause est-elle restée sans suite? » il a été simplement déclaré par Gribal, qu'il avait été assuré à la Compagnie *La Nationale* en 1868, et que le contrat avait été vendu en 1873;

« Attendu qu'après avoir fait cette réponse, qui était de nature à donner à la Compagnie *Le Nord*, une opinion favorable sur le risque et à l'engager à consentir l'assurance, Gribal s'est soigneusement gardé de déclarer qu'il avait, le 29 avril 1881, proposé à la Compagnie *La Foncière* une assurance temporaire..... et que celle-ci, de l'avis de son conseil médical, l'avait refusée;

« Attendu qu'il est évident que si les faits passés sous silence avaient été révélés à la Compagnie, en temps utile, l'opinion de ladite Compagnie, sur la valeur du risque, aurait été telle que, selon toute apparence, elle aurait refusé l'assurance soit *de plano*, soit après avoir pris des renseignements; »

Et, par ces motifs, le tribunal a déclaré le contrat d'assurance nul. Semblable décision avait été déjà prise longtemps avant par un arrêt de la Cour de Rouen du 17 février 1859 (Bonneville de Marsangy, III, 213) (1), annulant un contrat d'assurance sur la vie, parce qu'on n'avait pas déclaré à l'assureur des *tentatives* antérieurement faites pour obtenir la même assurance par deux autres compagnies.

De même, un jugement du Tribunal de commerce de Strasbourg du 1er mars 1875 (Bonneville de Marsangy, III, 197) a annulé un contrat parce qu'on avait caché une proposition antérieure.

La Cour de cassation, par un arrêt du 10 avril 1877, a reconnu valable la clause d'une police obligeant l'assuré à déclarer les assurances antérieures ou postérieuses souscrites par lui et réservant à l'assureur le droit de résilier le contrat.

Cependant, si telle est l'obligation stricte de l'assuré, on ne peut relever contre lui aucune réticence dans le fait de se taire sur une proposition précédente, dans le cas où il y a eu abandon volontaire de sa part des pourparlers ; c'est ce qui a été jugé par la Cour de Paris dans un arrêt du 10 novembre 1886 (*J. A.*, 1887, 7), laquelle s'est appuyée, au surplus, pour valider l'assurance, sur des considérations de bonne foi et d'absence d'intention frauduleuse chez l'assuré, ainsi qu'il ressort de la lecture des considérants.

« Considérant qu'il résulte des enquête et contre-

---

(1) Bonneville de Marsangy (*Jurisprudence générale des Assurances terrestres*, 3e partie).

enquête, que, si Hervé s'était primitivement adressé à *La Nationale*, c'est volontairement qu'il n'a point donné suite aux pourparlers engagés ;

« Qu'il a donc pu de bonne foi ne pas tenir compte de cette circonstance dans les déclarations qu'il a faites à la Compagnie *L'Abeille ;*

« Que la pensée d'une spéculation frauduleuse de la part de l'assuré, paraît d'autant moins admissible que le surlendemain de la signature de l'acte, Hervé et sa femme ont demandé la réduction de l'assurance... »

Dans le même sens, la Cour d'appel de Paris a jugé par un arrêt du 12 janvier 1894 (*J. A.*, 94, 97), que : « Ne constitue pas une réticence intentionnelle ou frauduleuse le fait de n'avoir pas mentionné une proposition antérieure à une autre Compagnie, alors que cette proposition a été retirée volontairement par le contractant ».

Le proposant ne commet pas non plus de réticence pour n'avoir pas déclaré, en contractant avec une Compagnie, une proposition d'assurance faite par lui à une autre Compagnie, alors qu'il n'est pas prouvé qu'il ait connu le résultat de cette proposition ; il en fut décidé ainsi par un jugement du Tribunal civil de la Seine du 31 mars 1892 (*J. A.*, 92, 235). Des circonstances de la cause, il résulta que le proposant ignorait encore, au moment où il faisait une deuxième proposition d'assurance, le résultat de sa première proposition à une autre Compagnie ; il eut été contraire à l'équité d'annuler le contrat pour un fait dont il n'avait pas connaissance.

Dans le même sens, quoique pour des circonstances légèrement différentes, nous avons encore un arrêt de la Cour de Paris du 21 janvier 1891 (*J. A.*, 91, 199). De l'examen de l'affaire, les faits suivants furent mis en lumière : à savoir que le sieur Baltzinger, désireux d'assurer une somme de quinze mille francs payable à son décès, avait été mis en relations avec le sieur Wœlflin, représentant la Compagnie *La Confiance* (laquelle se refusait à payer), et lui demanda en toute confiance de se charger de l'assurer ;

Que Wœlflin, représentant de *La Confiance*, était en même temps agent de la Compagnie *Le Gresham*, et qu'il a proposé à cette dernière, Baltzinger, qui fut refusé ;

Qu'alors il a écrit de sa main les réponses de Baltzinger au questionnaire de *La Confiance* ; que s'il n'est pas établi que Baltzinger ait connu la première proposition, la Compagnie *ne peut nier que son agent savait qu'il y avait eu des pourparlers avec « Le Gresham »* ; que Baltzinger n'a fait que suivre les indications du mandataire de la Compagnie *La Confiance*, et n'a pas fait de réticence ou fausses déclarations.

La même solution a été donnée encore par un jugement du Tribunal civil de la Seine du 28 janvier 1893 (*J. A.*, 96, 56), au profit d'un assuré qui, au moment de sa déclaration, ne connaissait encore pas le rejet, datant seulement de quatre jours, d'une précédente proposition faite à une autre Compagnie.

Enfin nous citerons, pour terminer cet exposé de jurisprudence, un jugement du Tribunal de commerce de la Seine du 4 août 1892 (*J. A.*, 92, 422), et un arrêt

de la Cour d'appel de Paris du 12 janvier 1894 (*J. A.*, 94, 96), décidant que : « l'assuré ne se rend pas coupable de réticence en répondant négativement à la question » : Faites-vous actuellement d'autres propositions d'assurance à d'autres Compagnies, « s'il est constant qu'il a entendu déclarer qu'il n'avait d'autres pourparlers que ceux engagés avec l'agent de la Compagnie elle-même, lequel, d'accord avec elle, à scindé l'assurance ».

De la lecture de ce qui précède, il n'est pas difficile de comprendre le danger auquel sont exposées les Compagnies ; quelques explications vont le faire apparaître plus nettement :

Il n'y a pas réticence quand il y a abandon volontaire des pourparlers ou ignorance de la part de l'assuré du rejet de la précédente proposition.

Or, cette ignorance du rejet est aisée à concevoir, elle naît de la façon même d'agir des Compagnies : quand une proposition d'assurance sur la vie est rejetée, la Compagnie n'en informe que l'agent qui a présenté l'affaire ; s'il s'agit d'une affaire présentée à Paris, cette communication est presque toujours faite verbalement, il n'en reste aucune trace ; l'agent se trouve alors chargé d'une mission singulièrement délicate. Si malade qu'il soit, l'homme se fait toujours illusion sur la gravité de son cas ; il peut avoir de terribles inquiétudes, il lui reste toujours quelque espoir. Il serait bien cruel d'annoncer à un malade qu'une Compagnie refuse de l'assurer. Aussi, l'agent procède-t-il autrement, il parle de sursis, d'ajournement ; annonce que pour le moment la Compagnie ne pour-

rait pas accepter les conditions offertes. Qu'arrive-t-il ? C'est que le proposant, ou bien croyant ce que l'agent lui dit et certain que la Compagnie ne désire pas, pour le moment, de nouvelles affaires, ne veut pas attendre comme on le lui offre, et se retire persuadé que c'est lui qui brise les pourparlers ; il est entièrement de bonne foi quand il se représente devant une autre Compagnie. Ou bien, il n'est pas dupe au fond des précautions qu'on a prises pour lui annoncer un refus et, dans ce cas, il n'a plus qu'un désir : s'assurer dans le plus bref délai possible. « Il veut être assuré, d'abord parce qu'il comprend plus que tout autre l'utilité de l'assurance, et surtout, peut-être, parce qu'il a besoin de calmer les inquiétudes qu'un premier refus a fait naître ou a rendu plus poignantes (1) ». Il va de Compagnie en Compagnie jusqu'à ce qu'il ait trouvé à se faire accepter.

Dans les deux cas, d'après notre jurisprudence, sa conduite est à l'abri de toute critique ; la Compagnie n'a pas prononcé le mot « refus », et même si lui, assuré, a pleinement conscience des motifs pour lesquels les pourparlers n'ont pas abouti, rien ne tient devant l'objection qu'il fait à la Compagnie : à savoir qu'il n'a pas eu connaissance du rejet de la proposition. Or, on peut sans exagération, évaluer à plusieurs centaines le nombre des individus dont les Compagnies ont ainsi à redouter, à toute époque, les propositions. C'est donc là toute une classe de mauvais risques qui constitue un véritable danger pour les

(1) *J. A.*, 1887, p. 7.

Compagnies, et danger d'autant plus grave qu'il reste plus secret ; l'individu qui le constitue, averti par un premier refus des conséquences de sa franchise, se garde bien en effet de renouveler au médecin de la seconde Compagnie les déclarations qu'il avait faites lors du premier examen.

Il importe donc de prévenir, dans la plus large mesure, de pareilles manœuvres, et l'on peut comprendre le vœu que nous avons trouvé formulé dans une revue qui s'occupe beaucoup des intérêts pratiques des assureurs (1).

« Ne serait-ce pas, dit l'auteur, rendre aux Compagnies un service important que de leur permettre de contrôler, dès la souscription, la sincérité des déclarations des proposants en ce qui concerne les refus antérieurs ? N'aurait-il pas droit à quelque reconnaissance celui qui, *sans indiscrétion*, sans exiger que personne lui livrât les noms des refusés, ni des proposants nouveaux, serait en mesure de répondre à tout moment : « Il y a certitude que la personne a été refusée ou qu'il n'y a pas eu de pourparlers ».

Cela serait évidemment un beau résultat pour les Compagnies, et il n'est pas difficile de l'obtenir, mais le faire sans indiscrétion nous paraît presque impossible.

Il serait certes, croyons-nous, très praticable de centraliser, au siège du Syndicat de toutes les Compagnies en faisant partie, les noms des personnes ayant eu des rapports avec les Compagnies au point de vue

---

(1) *J. A.*, 1887, p. 7.

assurances : Mais là se bornerait, selon nous, ce qu'on peut faire. Aller plus loin, semble choquer les considérations de discrétion et de sécurité qui doivent présider à tout contrat d'assurance. Aucune indication ne devrait affecter le nom des personnes inscrites au tableau. Elles ont été en pourparlers avec une Compagnie, voilà tout. Cela suffit pour appeler l'attention du nouvel assureur, qui pourra prendre tous les renseignements complémentaires et faire subir au proposant un examen plus attentif.

Dans la pratique, nous voyons que les Compagnies s'autorisent, quand le proposant essaie de tromper une seconde Compagnie, à communiquer les pièces du dossier que possède la première, et notamment les résultats de l'examen médical. Pour nous, nous pensons que l'échange des pièces devrait se borner, si l'on admet cette manière de faire, à l'examen médical et à la déclaration faite au médecin, et n'avoir lieu qu'entre les conseils médicaux des Compagnies. Le secret auquel ils sont tenus serait, selon nous, un correctif à ce procédé de divulgation un peu osé.

Ajoutons, pour terminer, qu'un soin tout particulier doit présider, de la part des Compagnies, à la rédaction de la question se rattachant aux précédentes propositions. Une question ainsi conçue : « Une assurance sur votre vie a-t-elle déjà été refusée? », a été jugée par les tribunaux trop étroite, le proposant pouvant, comme nous l'avons vu, se retrancher derrière l'ignorance d'un refus. Aussi, depuis quelques années, on a inséré dans le questionnaire la formule suivante : « Avez-vous fait à quelque Compagnie des

propositions qui soient demeurées sans résultat? » qui a le mérite d'embrasser toutes les propositions antérieures.

Il serait bon, croyons-nous, d'ajouter cette question-ci : « Faites-vous actuellement d'autres propositions d'assurances à d'autres Compagnies? », nous disons « ajouter », car d'après un arrêt de la Cour d'appel de Paris du 18 juillet 1895 (*J. A.* 95. 563), la question ainsi posée s'applique à des faits essentiellement récents et n'appelle pas l'attention sur un fait relativement éloigné (dans l'espèce, cinq mois).

SECTION VI

Réticences portant sur une maladie du proposant.

Ce sont, parmi les réticences qui peuvent affecter le contrat d'assurance sur la vie, celles qui se présentent le plus souvent, les plus variées, tant est grand le nombre des diverses affections dont la non déclaration a été jugée par les tribunaux capable de vicier le contrat d'assurance. A leur occasion, naissent des questions délicates que nous essaierons de solutionner, savoir :

1° S'il est besoin d'une corrélation entre la maladie passée sous silence et la mort de l'assuré, pour permettre l'annulation du contrat.

2° Si le proposant peut, dans sa déclaration, se faire juge de la gravité des accidents morbides qu'il passe sous silence et exiper ensuite de sa bonne foi. A propos de cette dernière, nous verrons le rôle de

plus en plus décisif que lui font jouer les tribunaux en faveur des assurés.

3° Enfin, nous rapprocherons de la déclaration du proposant, en matière maladie, l'examen médical et nous examinerons si la visite de l'homme de l'art, concordante dans ses résultats avec les déclarations de l'examiné, peut ou non relever le contrat de la nullité encourrue du fait de ce dernier.

Pour constituer une réticence avec ses conséquences juridiques, il faut que la maladie dissimulée ait un véritable caractère de gravité, qu'elle soit de nature à indiquer une mauvaise constitution ou à faire croire à l'abréviation de l'existence, ou qu'elle ait nécessité les soins d'un médecin, ou bien encore que son caractère de longueur ou de périodicité la distingue d'accidents passagers, sans influence sur la durée de la vie.

A été jugée suffisamment grave pour faire résoudre le contrat la dissimulation d'une inflammation de la moelle épinière (Rouen 21 janvier 1876, S. 78, 2, 337; Nancy, 16 février 1884; *Recueil périodique des assurances*, 86, 624); de la syphilis (Rouen, *Recueil périodique des assurances*, ibid.; Cour de Hanovre, 5 juin 1871, *D. P.*, 77, 2, 126); d'accès d'épilepsie (Paris, 12 février 1878, *J. A.*, 78, 134); d'un état de paralysie ou d'attaque d'apoplexie (Tribunal civil de la Seine, 25 juin 1881, *J. A.*, 81, 478); d'une fluxion de poitrine et d'une phlébite (Paris, 17 février 1881, *J. A.*, 81, 173); d'une affection de poitrine (Rouen, 7 mai 1877, *J. A.*, 1877, p. 401); de la phtisie (Tribunal civil de la Seine, 24 février 1885, *J. A.*, 85, 517); d'une pleurésie (Paris 5 juillet 1878, *J. A.*, 78, 300); de bronchites (Tribunal

de commerce de Bruxelles, 15 décembre 1588, *Recueil périodique des assurances,* 88, 327 ; Tribunal civil de la Seine, 14 mai 1891, *J. A.*, 91, 247); d'une maladie mentale (Tribunal de Tours, 20 août 1871; *Moniteur des assurances,* p. 3, 471); d'une maladie de foie (Genève, 18 avril 1887, *J. A.*, 87, 453); d'un rhumatisme articulaire (Tribunal civil de la Seine, 15 novembre 1885, *J. A.*, 1886, 17); de fièvres intermittentes accompagnées de troubles digestifs et d'affaiblissement général (Tribunal civil de Bruxelles, 20 juillet 1880, *J. A.*, 81, p. 23); du diabète (Tribunal de Bruxelles, 23 mars 1895, *J. A.*, 96, 171); d'une fistule (Tribunal de commerce de la Seine, 20 juin 1895, *J. A.*, 96, p. 214); d'une crise de délire alcoolique ayant entraîné l'internement (Tribunal civil de la Seine, 5 avril 1897, *J. A.*, 97, 249).

Il faudrait ajouter à cette énumération, d'après les travaux de M. Bertillon (1), comme susceptible d'être une cause de nullité, si on les passe sous silence, toute altération du cœur ou du système circulatoire, les hémoptysies, l'asthme, la goutte, les tumeurs, les vices de conformation congénitaux ou acquis (hernies, rétrécissements rectaux ou varicaux, une incurvation de la colonne vertébrale qui, par la gêne qu'elle apporte aux mouvements respiratoires et circulatoires, prédispose aux affections du cœur et des gros vaisseaux.

Est encore qualifiée réticence la dissimilation, sinon de la maladie du moins de sa gravité.

---

(1) Bertillon, *Assurances. Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, t. VI, p. 711.

Par contre, il a été jugé que la Compagnie ne peut reprocher une omission portant sur des accidents passagers disparus sans laisser de traces, tels seraient ceux qui se sont manifesté lors d'un premier accouchement et ne se sont pas reproduits depuis (Paris, 7 janvier 1879, *J. A.*, 79, 134); sur des maladies existantes ou sans gravité réelle ou guéries (Tribunal civil de la Seine, 29 octobre 1888, *J. A.*, 89, 15; Paris, 17 mai 1889, *J. A.*, 90, 22 ; Bruxelles, 30 mars 1889, *Recueil périodique des assurances*, 89, 115).

Il n'y a pas davantage réticence dans la non déclaration d'un voyage aux eaux qui n'a d'autre motif qu'un changement d'air (Paris, 29 octobre 1886, *Recueil périodique des assurances,* 86, 506).

Tout ceci est d'ailleurs, comme le dit très bien M. Lefort (1) une question d'appréciation du juge qui aura au besoin, pour se guider dans chaque espèce, l'avis de médecins à titre d'experts. Abordons de suite la première question que nous nous sommes posée, et que nous formulons ainsi:

§ I. — *Mort causée par une autre maladie que celle dissimulée.*

Peut-on opposer à l'assureur que la mort a été causée par une autre maladie que celle qui n'avait pas été déclarée et qui n'avait aucune corrélation avec l'affection qui a déterminé le décès ?

Non, a répondu la Cour d'appel de Rouen dans son

(1) Lefort, *Traité du Contrat d'assurances sur la Vie*, t. III, p. 56.

audience du 22 février 1876 (1), (*J. A.* 1876, 151) en motivant son opinion par les considérants suivants :

« Attendu que les conventions librement formées tiennent lieu de loi à ceux qui les ont faites (art. 1134 du Code civil) ; — que, d'ailleurs, et à défaut de stipulation expresse et spéciale, il est de principe en matière d'assurance que toute réticence, toute fausse déclaration de la part de l'assuré qui diminueraient l'opinion du risque ou en changeraient le sujet annulent le contrat (art. 348 du Code de commerce); — qu'il en est ainsi aux termes de droit, alors même que la réticence ou la fausse déclaration n'aurait pas influé sur le dommage ou la perte de l'objet assuré; — Qu'il importe donc peu que les affections qui avaient altéré la santé de Bion aient ou non influé sur son décès prématuré; — que nulle dans le principe, à défaut du concours des volontés sur ses éléments essentiels et constitutifs, la convention aléatoire du 20 novembre n'a pu produire aucun effet légal et juridique. »

A cette occasion, devant la Cour de Rouen, on produisit un arrêt antérieur dans le même sens de la Cour de Hanovre du 10 février 1871, qui décide que lorsqu'une affection antérieure a été dissimulée par l'assuré, il n'y a pas à rechercher en fait si cette affection a contribué à abréger la vie, mais uniquement si *en général* elle est de nature à influencer la durée de la vie humaine et si elle augmente les risques de l'assureur.

Dans la même année, le Tribunal civil de Tours

(1) Cf. arrêt du 21 janvier 1877; D. P., 77, 2, 126.

ayant eu à se prononcer sur la question, rendit un jugement dans le même sens (30 août 1871, *J. A.*, 74, 31).

La Cour d'appel de Paris, dans un arrêt du 5 juillet 1878 (*J. A.*, 78, 300), pourrait être considérée comme se rattachant à la même opinion, puisque d'après elle dès lors qu'il y a eu erreur, si elle est substantielle, cela suffit pour entraîner la nullité.

Il n'y a donc pas à se demander si la maladie omise est cause ou non du décès.

Cependant, en 1880, apparut un arrêt de la Cour d'appel de Paris du 30 janvier 1880, qui vint s'opposer nettement aux décisions déjà rendues (*J. A.*, 1880, p. 108).

Le Tribunal de la Seine, le 20 juin 1879 (*J. A.*, 1880, p. 108), avait rendu entre *le Gresham* et le sieur Van Veersen un jugement validant le contrat et déboutant la Compagnie, en s'appuyant sur les attendus suivants qui donneront une connaissance suffisante de l'affaire :

« Attendu que la Compagnie, à défaut de faire immédiatement cette preuve (à savoir qu'il y avait eu réticence au moment de la conclusion du contrat), a entendu la faire résulter des trois faits suivants par elle articulés, en offrant de les établir par voie d'enquête, à savoir : 1° que Cellier était atteint d'une maladie grave du foie compliquée d'une affection de cœur très sérieuse pour laquelle il avait consulté des médecins ; 2° qu'il avait subi dans le courant de janvier 1877 une crise très violente de coliques hépatiques et avait réclamé aussi les soins d'un médecin (ceci avant la souscription de la police datant du mois de mars 1877) ;

3° qu'il a succombé à cette même affection du foie accompagnée de néphrite;.

« Qu'il ne résulte pas de l'enquête [le docteur Audigée entendu, ayant déclaré n'avoir été appelé qu'en juillet 1877, époque à laquelle il constata une affection chronique du foie (cyrrhose hypertrophique) et Cellier ayant succombé après avoir présenté pendant trois mois des symptômes de cachexie avec hydropisie généralisée]; que lorsqu'a été passée la police, Cellier fut atteint de l'affection à laquelle il a succombé;

« Attendu que le contraire résulte même de la contre enquête..... »

« Le Tribunal, jugeant que la Compagnie n'a pas fait la preuve, chez Van Veersen, de déclaration inexacte ou de réticence, condamne la Compagnie. »

Le Gresham ayant interjeté appel, la Cour d'appel de Paris adopta les motifs des premiers juges et considérant: « Que si, comme le prétend la Compagnie, *le Gresham*, l'assuré se trouvait réellement atteint d'un asthme et d'une hernie antérieurement à la date du 8 mars 1877; que, dans tous les cas, elle n'aurait aucune corrélation avec la cyrrhose hypertrophique du foie à laquelle Cellier a succombé ;

« Que le silence gardé sur ce point par l'assuré et par Van Veersen, *sans nulle intention frauduleuse et de bonne foi,* ne saurait donc jamais être considéré comme une réticence de nature à modifier l'opinion du risque », mit l'appel à néant et confirma le jugement du Tribunal de la Seine.

Ce fut encore le Tribunal de la Seine qui, le 29 octobre 1888 (*J. A.*, 89, 15), sembla, dans un jugement

entre demoiselle Grimault et *Le Soleil*, suivre les mêmes errements ; mais pareille décision ne peut pas être regardée comme décisive, si l'on se rend compte que le tribunal invoqua, au surplus, des considérations de bonne foi chez le proposant, et de non gravité dans les faits passés sous silence. Lisons plutôt les termes des deux avant-derniers considérants :

« ..... Attendu qu'une omission indifférente n'est pas une réticence dans le sens de la loi ; que spécialement, en cas d'assurance sur la vie, l'omission relative à telle ou telle maladie antérieure, sans corrélation certaine ou probable avec celle qui entraîne la mort, demeure indifférente au point de vue de la nullité du contrat ;

« Qu'en droit, encore, ce n'est pas faire une fausse déclaration que de se dire, eut-on le germe de la maladie dont le développement deviendra fatal (et ceci est une allusion à des maladies de l'estomac et du cœur, sans gravité réelle, dont aurait souffert l'assuré antérieurement à la proposition), exempt de maladie, si nul phénomène morbide ne s'en manifeste au contrôle de l'homme de l'art, l'erreur du déclarant, sur son propre état, *ne pouvant le rendre suspect de tromperie* ».

On voit, dans cette jurisprudence, apparaître la considération de la bonne foi du proposant, à laquelle elle fera un accueil de plus en plus bienveillant et une place des plus larges dans des arrêts ultérieurs.

Ceci dit en passant, nous croyons que ces décisions jurisprudentielles, qui ont exigé la corrélation entre la maladie dissimulée et celle cause du décès, n'ont rien, dans ce sens, de bien catégorique.

Faut-il nous ranger à l'opinion de la Cour de Rouen (22 février 1876), dont les attendus ont à nos yeux le mérite d'être plus fermes et de droit plus strict? Grave question que nous ne voulons pas solutionner sans avoir consulté les auteurs qui se sont consacrés à l'étude de l'assurance sur la vie.

D'après l'un des plus anciens et des plus autorisés, Marschall (1), « la déclaration est suffisamment vraie si l'assuré, au moment de la police, est dans un état de santé raisonnablement bonne et que sa vie soit assurée, dans les termes communs usités, pour une personne de son âge et de sa condition. »

« Quoique l'assuré, dit le même auteur, souffre d'une maladie particulière ; cependant, s'il ne peut être prouvé que cette maladie ait une tendance à abréger la vie et que, dans le fait, elle n'ait en rien contribué à la mort, sa déclaration est suffisamment vraie ».

S'appuyant sur cette formule et sur l'autorité de celui qui l'a émise, en même temps qu'ils invoquent une prétendue jurisprudence conforme en Angleterre, des auteurs (2) ont soutenu que si le décès est arrivé par une cause sur laquelle n'a pu influer la maladie non déclarée, l'assurance doit être maintenue.

Cette théorie nous semble bien peu d'accord avec les principes juridiques les plus élémentaires. A quel moment doit-on se placer pour apprécier la validité

(1) *Traité de l'Assurance de la Vie des Hommes* (ch. II, p. 392).

(2) Alauzet, t. II, n° 562. *Commentaire théorique et pratique du Code de commerce.* — Grün et Joliat, n° 402. *Traité des Assurances terrestres.*

d'un contrat, sinon au moment même de sa formation ; c'est alors que les volontés doivent concorder, et ce avec toutes les qualités requises pour former un consentement valable. Si le contrat est affecté, dès cette époque, d'un vice dont la sanction est l'action en nullité possible pendant un délai de dix ans, à partir de la découverte du vice (1304 C. c.), que peut faire la circonstance que l'assuré est mort d'une autre maladie que celle dont la dissimulation était la cause même du vice ; le fait-elle disparaître pour cela. Cette tache du contrat n'a pas causé le tort qu'on pouvait craindre ; elle n'en a pas moins existé, le contrat était annulable à condition pour l'assureur d'être dans les délais de l'article 1304 ; la convention reste telle et les droits de la Compagnie sont les mêmes. « Dira-t-on, et nous empruntons la réponse à M. Dupuich (1), que la Compagnie n'a pas lieu de se plaindre s'il est démontré que la réticence n'a entraîné, pour elle, aucun préjudice. Mais, en droit, qu'importe que la Compagnie, tout en prouvant la réticence, ne justifie d'aucun préjudice. C'est l'action en dommages-intérêts pour quasi-délit qui suppose la preuve d'un dommage (art. 1382, C. c.), mais non l'action en nullité du contrat pour vice du consentement (art. 1109). Ici, la seule preuve à faire est celle du vice et dans le cas particulier de l'erreur. » Et cette opinion, M. Wavasseur l'a très bien montré (2), est d'accord avec les

(1) Dupuich, *Traité de l'Assurance sur la Vie*, 206.

(2) Vavasseur, *Traité des Sociétés civiles et de commerce*, 5e édition, t. II.

termes mêmes de l'article 348, § 2 (Code de commerce) : « L'assurance est nulle, même dans le cas où la réticence n'aurait pas influé sur la perte de l'objet assuré. » Enfin, et ces réflexions, M. Couteau les a faites avant nous (1) : « Peut-on savoir exactement l'influence d'une maladie antérieure qui a été cachée, même quand ce n'est pas celle déclarée par le médecin avoir occasionné la mort. » Pourra-t-il être bien certain que l'état maladif dissimulé n'a pas eu une influence sur le décès; cet état n'a-t-il pas disposé l'assuré à être atteint plus facilement par la maladie accidentelle qui l'a frappé; les données de la science médicale sont-elles assez certaines à ce sujet.

D'ailleurs, et nous voulons le répéter, en droit, l'assureur a été trompé, le contrat a été conclu sous l'empire de l'erreur modificative de l'opinion du risque, il ne l'aurait pas été si la réticence n'avait pas eu lieu, cela suffit, pour qu'aux termes formels des polices, d'accord avec l'article 348 du Code de commerce, le contrat puisse être annulé.

§ II. — *L'assuré sera-t-il juge de ce qu'il doit dire ou taire?*

Mais, ici, se pose une autre question, la seconde que nous avons annoncée : il faut, avons-nous dit, pour constituer une réticence, que l'omission porte sur des accidents suffisamment graves, capables, en général, de porter atteinte à la santé de l'homme et capables, en général, d'abréger sa vie.

Mais, qui sera juge de savoir si les atteintes mor-

(1) Couteau, *Traité des Assurances sur la Vie*, t. II, n° 342.

bides ressenties présentent ce caractère de gravité? L'assuré, seul, sait, au juste, ce qu'il a ressenti; d'autre part, c'est à lui qu'on demande la déclaration. Sera-t-il, cependant, laissé juge de la situation; pourra-t-il se taire sur des malaises qu'il croira sans importance et, plus tard, si on oppose au bénéficiaire de l'assurance que lesdits malaises n'étaient que le préambule d'une maladie plus grave qui devait l'emporter, celui-ci pourra-t-il exciper de la bonne foi de son auteur? Ceci nous semblerait bien dangereux. Comment s'en remettre, pour pareille appréciation, à la clairvoyance bien faible de quelqu'un ne possédant aucune connaissance spéciale, alors que la tâche est déjà bien délicate pour un médecin habitué aux diagnostics, à un malade bien sujet à s'illusionner sur son propre état? N'y a-t-il pas, d'autre part, au moins quelque partialité à faire jouer semblable rôle à l'assuré; ce serait, en quelque sorte, lui garantir une impunité presque complète et ne le faire relever que de sa conscience. Nous croyons cela bien impraticable. Cependant, le Tribunal de la Seine (31 mars 1892, *J. A.*, 92, 235) semble en avoir décidé autrement, et, pour lui, le fait, par le proposant, de n'avoir pas déclaré, au moment de la souscription du contrat, l'existence d'une maladie antérieure, ne constitue pas une réticence de nature à annuler l'assurance, quand, de l'ensemble des circonstances de la cause, il résulte que l'intéressé était dans l'ignorance de son véritable état de santé et qu'il n'attachait aucune importance à cette maladie. Or, voici principalement sur quel attendu se fonde le tribunal :

« Attendu que si, d'après les enquête et contre-enquête auxquelles il a été procédé....., il est constant que, le 15 décembre 1885, Gruet a eu une congestion cérébrale et qu'il est décédé le 27 septembre 1888 à la suite d'une attaque d'apoplexie ; si, d'autre part, il est permis de reconnaître dans l'accident du 15 décembre 1885 la cause et l'origine de la maladie à la suite de laquelle celui-ci a succombé ; il est non moins certain que cette congestion initiale ne s'est pas produite dans des circonstances et avec des effets alarmants de nature à éveiller l'attention de l'intéressé et à le renseigner sur la gravité de son état..... »

Rapprochons de cet arrêt une autre décision de la Cour de Paris du 29 janvier 1892 (*J. A.*, 92, p. 191). L'assureur, fût-il jugé par la Cour de Paris, qui ne fait pas la preuve, qu'au moment où le contrat a été passé, le souscripteur savait être atteint d'une maladie à laquelle il a succombé, n'est pas en droit de demander la nullité de l'assurance pour cause de réticence et fausse déclaration.

Dans l'espèce, il était notamment tenu d'établir que le stipulant n'ignorait pas qu'il était atteint de paralysie générale progressive.

Ces deux décisions, à notre avis, sont, quoiqu'il y paraisse au premier abord, loin d'être identiques : la dernière s'appuie sur la non conscience du souscripteur, la première sur sa bonne foi.

Dans l'arrêt du 27 janvier 1892, il ressort des circonstances de la cause que le proposant ne pouvait avoir conscience de son état, la paralysie générale progressive se manifestant, au début, par des symp-

tômes particulièrement délicats à saisir et de nature à échapper à la connaissance du malade lui-même. On ne pouvait lui faire tort de ce qu'il ne connaissait pas ; c'est l'application du principe que nous avons posé plus haut : « La réticence doit être consciente. »

Relisons maintenant l'attendu du jugement du 21 mars 1892 que nous avons reproduit plus haut et nous verrons qu'on ne peut dans ce cas invoquer la *non conscience* du stipulant ; il sait ici qu'il est malade, il a eu un accident qui frappe suffisamment un individu pour qu'il s'en rende compte, mais il ne le croit pas assez grave pour mériter qu'on en parle et il l'omet dans sa déclaration. Il est de bonne foi.

Cependant (et ici nous croyons voir un pas dans la voie où nous sommes entrés, à savoir qu'on n'admettra pas la bonne foi quand l'erreur de l'assuré sur son état est grossière, quand il y a une véritable faute de sa part, due à son ignorance, son insouciance, etc., de ne pas se rendre compte de la gravité des accidents qu'il dissimule) le Tribunal de la Seine prend soin de légitimer la bonne foi du stipulant et d'excuser son erreur, « l'attaque ne s'est pas produite avec des effets alarmants de nature à éveiller l'attention de l'intéressé et à le renseigner sur la gravité de son état. » Il n'est donc pas en faute, disons-nous, et sa bonne foi est admissible ;

Elle ne l'est pas au contraire, et on ne saurait admettre l'allégation que l'assuré à cru ne pas devoir signaler la maladie parce qu'il la regardait comme une simple indisposition, lorsque cette maladie a duré plus de huit jours et a nécessité une saignée et des

sangsues (Cf. Tribunal de la Seine, 25 juin 1881; *J. A.*, 81, 479).

Tout ceci encore est une question d'appréciation dans laquelle les juges du fait ont un pouvoir souverain; il n'en reste pas moins vrai qu'ici encore on tient grand compte de la bonne foi du proposant tout en en limitant la portée, de façon à ne pas le laisser juge de ce qu'il doit dire ou taire.

S'il n'est pas fixé sur la gravité de certains accidents il n'a qu'à les signaler, il sera en repos avec sa conscience et en paix avec la Compagnie avec laquelle il traite.

S'il les passe sous silence, c'est à ses risques et périls, et s'il se trompe dans ses prévisions, c'est à lui d'en supporter les conséquences dans la personne de ceux qui devront recueillir après lui le bénéfice de l'assurance.

§ III. — *Le certificat médical est d'accord avec la déclaration. La « Bonne foi ».*

Nous venons de voir que de plus en plus la jurisprudence prend en considération la bonne foi du stipulant et ceci nous amène (quoique d'une façon détournée) à nous demander la valeur que peut présenter l'examen médical et le rôle qu'il peut jouer vis-à-vis de la déclaration du proposant.

Un examen médical conforme aux déclarations du proposant peut-il couvrir le vice de dissimulation entachant les dites déclarations?

La réponse nous est donnée par un arrêt de la

Cour d'appel de Rouen du 7 mai 1877; *J. A.*, 77, 401, intéressant à un double point de vue, d'abord pour la question qui nous occupe présentement, ensuite pour le soin pris par le Tribunal d'écarter, selon le vœu des Compagnies, toute idée de spéculation du contrat d'assurances sur la vie, et voici les attendus que nous voulons retenir.....

« Attendu qu'il est évident que les réticences ou fausses déclarations de Josephine Gogeat (portant sur une affection de poitrine qui l'avait forcée de renoncer au théâtre) n'ont eu lieu qu'à l'*instigation du bénéficiaire* et sous la pression de sa volonté;

« Qu'il importe peu que le médecin délégué ait confirmé ses déclarations en certifiant, de son côté, que l'état de santé de la personne examinée par lui permettait de placer sans crainte fondée un capital sur sa tête; que le contrôle plus ou moins attentif exercé par le docteur P., dans l'intérêt exclusif de l'assureur, est *resté confidentiel* entre eux et ne peut être invoqué par un tiers; qu'il ne *saurait d'ailleurs à aucun titre imprimer aux réponses de l'assuré le caractère de sincérité* qui leur manque et faire disparaître ainsi le vice de dissimulation qui altère les conditions constitutives de la police;

« Attendu qu'Odier acquitte les primes trimestrielles au nom de sa maîtresse (J. G.), dont la tendresse devient par son fait un *instrument de spéculation* destiné à surprendre le consentement de la Compagnie et sans doute à le *soustraire lui-même aux poursuites des créanciers* auxquels il cédait ultérieurement les trois quarts..... »

Cette opinion a été confirmée depuis, plusieurs fois, par la jurisprudence :

Un jugement du Tribunal de la Seine du 30 avril 1875 et sur appel un arrêt de la Cour de Paris du 12 février 1878, *J. A.*, 78, 134, ont décidé que : « le soin pris par la Compagnie de soumettre elle-même l'assuré à la visite d'un médecin de son choix, loin d'atténuer l'effet des déclarations inexactes faites par l'assuré, atteste au contraire de la part de l'assureur la volonté de s'entourer de tous les renseignements humainement possibles avant de réaliser le contrat; en conséquence, le silence du médecin sur une maladie dont l'assuré était atteint ne saurait relever celui-ci de la déchéance résultant de la non déclaration de cette maladie, alors d'ailleurs qu'il s'agit d'une affection (l'épilepsie), que l'homme de l'art peut se trouver impuissant à découvrir si aucun symptôme extérieur ne la lui révèle instantanément (1) ». Jugé de même : « L'avis du médecin de la Compagnie, simple mission de garantie et de contrôle, ne relève pas le contractant des mensonges par lesquels il est parvenu à obtenir l'engagement de la Compagnie. » (Nancy, 16 février 1884; *Gazette du Palais*, 4, 1, 177) (2).

Ces décisions nous semblent juridiquement et pratiquement inattaquables. On a voulu cependant rai-

---

(1) Cf. Tribunal civil de Bruxelles, 20 juillet 1880; *J. A.*, 81, 22.

(2) Cf. Genève, 18 avril 1887; *J. A.*, 87, 453. — Bruxelles, 30 mars 1889; *R. P.*, 89, 115.— Tribunal civil de la Seine, 28 novembre 1898; *J. A* , 99, 97.

sonner par analogie avec ce qui se passait en matière incendie, et en s'appuyant sur des jugements dans lesquels il était dit que les déclarations inexactes faites dans les polices d'assurance ne devaient pas nuire à l'assuré, que c'était l'agent de la Compagnie qui avait vérifié les objets assurés et rédigé la police. Il n'est pas besoin de longue démonstration pour faire ressortir que la situation est loin d'être la même :

Si l'agent de la Compagnie, en matière incendie, est à même de constater toutes les circonstances qui accompagnent la naissance du contrat, s'il peut se rendre compte par lui-même de la valeur des locaux assurés, du danger d'incendie auxquels ils sont soumis, et en général de toutes les causes les affectant et pouvant amener un sinistre, et si, dès lors, l'agent a pu être considéré comme s'étant substitué à l'assuré dans la constatation des circonstances et peut être rendu responsable de n'avoir pas vu ce qu'il en était, l'on ne peut faire le même grief au médecin de la Compagnie, qui ne peut contrôler la véracité et la sincérité des déclarations du proposant que dans les limites du possible, en usant des connaissances bien imparfaites de la science médicale en la matière. L'agent, en matière incendie, peut contrôler par lui-même les déclarations qui lui sont faites; le médecin, apportant son application à des choses des plus secrètes, ne peut les pénétrer que dans la mesure où la science le lui permet. Le médecin, d'ailleurs, reste complètement étranger au proposant, le contrat de mandat qui le lie à l'assureur est pour le

stipulant, *res inter alios acta* et ne peut être invoqué par lui.

Cependant, certains arrêts ont paru entrer dans une voie libérale, et, si le certificat médical ne peut couvrir le vice de dissimulation, il peut tout au moins, d'après la Cour d'appel de Paris (7 janvier 1879; *J. A.*, 79, 134), rendre plausible la bonne foi du proposant ainsi qu'il appert des considérants suivants :

« Considérant que c'était (déchirure du périné) évidemment pour le médecin de la Compagnie une circonstance indifférente à connaître.... ;

« Que *si tel était le sentiment du médecin* de la Compagnie, *on se demande comment il est possible de reprocher aux contractants* de n'avoir pas parlé de la déclaration d'une circonstance de fait absolument étrangère au contrat ».

Cependant, cet arrêt n'est peut-être pas tout à fait probant et il faut tenir compte que la décision s'inspire aussi de ce motif que les faits passés sous silence n'avaient « aucun rapport avec le contrat. »

Plus catégorique, un arrêt de la Cour d'appel de Paris du 30 janvier 1880, *J. A.*, 80, III, a considéré :

« Que si, comme le prétend la Compagnie *Le Gresham*, l'assuré se trouvait réellement atteint d'un asthme et d'une hernie antérieurement à la dernière assurance du 8 mars 1877, on ne comprendrait pas que cette double affection, si aisée à reconnaître pour l'homme de l'art, eut échappé à l'examen que le médecin de la Compagnie a été appelé à faire de la personne de Celliez, trois fois à des intervalles successifs.....

« Que le silence gardé sur ce point par l'assuré et par Van Wersen sans nulle intention frauduleuse, et de *bonne foi*, ne saurait donc jamais être considéré comme une réticence..... »

Nous citerons encore, pour terminer l'examen de cette question, un arrêt de la Cour de Paris, du 11 décembre 1879; *J. A.*, 80, 63, qui par un côté se rattache à ce que nous venons de dire, bien que, par ailleurs, les circonstances de la cause fussent nouvelles; il s'agissait d'omissions faites par un proposant d'affections déclarées à une précédente Compagnie, et jugées sans gravité par le médecin de cette première Compagnie.

« Attendu, nous dit la Cour de Paris, que ces omissions s'expliquent par ce qui s'était passé antérieurement à la signature de la police du 8 décembre 1876;

« Qu'en effet, lors des assurances que Latour avait contractées avec la *Caisse des Familles*, les 31 janvier et 27 mars 1876, il avait révélé un rétrécissement de l'urètre et une toux catarrhale; que, néanmoins et malgré ses révélations, le docteur Faure, médecin de la *Caisse des Familles*, après un double examen de Latour, avait, à deux reprises, certifié qu'il le classait dans la première catégorie : celle des assurés dont l'état de santé était le meilleur;

« Que *Latour était donc autorisé*, dans sa déclaration, à taire, et la bronchite dont il était complètement guéri, et les affections morbides que le médecin de la *Caisse des Familles* avait considérées comme n'altérant en rien sa constitution, et ne présentant pas pour la Compagnie une chance mauvaise;

« Que *sa bonne foi est d'autant plus manifeste* qu'il a, dans sa déclaration du 6 novembre 1876, spontanément fait connaître ses précédentes assurances à la *Caisse des Familles*, etc. »

Et la Cour de Paris, concluant que tout soupçon de fraude doit être écarté, donne gain de cause à l'assuré contre la Compagnie.

C'est encore en s'appuyant sur la « bonne foi » du proposant (et cette tendance que nous annoncions dans un précédent chapitre, devient de plus en plus manifeste), et en écartant toute présomption de fraude, par ce motif qu'il *s'est écoulé un long temps entre la souscription du contrat et le décès du contractant*, que la même Cour a admis les revendications des ayants droit de l'assuré, dans un arrêt du 12 janvier 1894 (*J. A.*, 94, 96).

Jusqu'à maintenant nous nous sommes occupés, en groupant les décisions jurisprudentielles, de bâtir une théorie générale de la réticence, de définir dans quel cas elle se reproduit et quels en sont alors les caractères; nous allons, dans les chapitres qui vont suivre, nous placer en face d'une réticence constituée, reconnue, et chercher quelles vont être les conséquences de sa présence dans tel ou tel contrat, qu'elle sera la durée de ses effets et, s'il y a pour le vice de réticence une prescription spéciale ou non capable d'en limiter la portée à un certain temps. Ce sera l'objet de notre troisième partie.

TROISIÈME PARTIE

EFFETS DE LA CONSTATATION DE LA RÉTICENCE

CHAPITRE PREMIER

Charge de la preuve. Caractères de la nullité.

De droit commun, c'est à celui qui invoque un fait à en apporter la preuve « *Onus probandi in combit ei qui dicit* », et il n'y a rien de changé à cette règle générale pour le contrat d'assurances sur la vie et pour le cas de réticence que nous examinons. Faisant donc l'application de ces principes, nous verrons que la charge la plus lourde incombe à la Compagnie, qu'elle soit demanderesse ou défenderesse. La fraude ne se présume pas, et l'assuré qui réclame l'exécution de son contrat n'a qu'à prouver une seule chose, l'obligation de la Compagnie. Il le fera bien facilement en rapportant devant le tribunal le double qu'on lui a délivré de la police le jour de sa souscription.

C'est à la Compagnie qui allègue que dans ledit contrat son consentement a été surpris, qu'on l'a trompée par de fausses déclarations, à faire la preuve de ce qu'elle avance. Or, cette preuve est souvent singulièrement délicate et, bien des fois, les Compagnies ont perdu leur procès, quoique ayant en apparence le bon droit pour elle, faute d'avoir pu faire la preuve des faits qu'elles alléguaient, car, en justice, c'est même chose de n'avoir point de droit ou de n'avoir point de preuves.

Nombreux en sont les exemples, nous nous bornerons à en citer quelques-uns :

« Attendu, dit un arrêt de la Cour d'appel de Paris du 7 janvier 1879 (*J. A.*, 79, 34), que, de ce qui précède, il résulte que la Compagnie défenderesse n'a pas fait la preuve du dol ou de la fraude allégués par elle, qu'il y a lieu par suite d'accueillir la demande d'Avrillon... »

« La preuve incombe à l'assureur », nous dit encore un arrêt du Tribunal de commerce d'Anvers du 24 juillet 1899 (99, p. 548).

Enfin la Cour de cassation est encore plus catégorique, et, d'après elle, pour qu'il y ait fausse déclaration, il faut que la Compagnie prouve *qu'elle a été trompée* (8 août 1900, *J. A.*, 1901, 149).

Ajoutons que les tribunaux se montrent assez rigoureux dans l'admission des moyens de preuve présentés par les Compagnies et dans l'examen de leur valeur (1),

(1) C'est ainsi que la jurisprudence a refusé de faire état d'une correspondance privée tombée entre les mains de l'assureur,

et l'on comprendra pourquoi les assureurs, poussés ainsi par les besoins de la concurrence, répugnent de plus en plus à engager un procès qui, même gagné, ne laisse pas que de jeter sur eux un certain discrédit, et qui, s'il est perdu, ne manquera pas d'éveiller chez les « assurables » des hésitations dont sauront profiter les autres Compagnies.

Une fois que la réticence est constatée et qu'il est certain que la Compagnie a été trompée sur la valeur du risque, le juge doit prononcer la nullité; il ne peut se dispenser de la prononcer en se bornant, par exemple, à décider que l'indemnité due aux ayants droit de l'assuré sera diminuée du montant de la différence existant entre la prime réellement stipulée et celle qui l'eut été en cas de déclaration véritable, ou que la prime sera augmentée. Cela a été décidé par la Cour de cassation en matière « Incendie », et il n'y a aucune raison, croyons-nous, qu'il en soit différemment dans la branche « Vie ».

C'est ainsi que la Cour de cassation (29 janvier 1845, S., 45, 1, 201), sur pourvoi des assurés pour violation de l'article 1134 du Code civil, a cassé une décision arbitrale en ces termes :

« Vu l'article 1134 du Code civil;... Qu'en cet état, la Cour royale de Paris en changeant ainsi les conditions du contrat, a substitué une convention nouvelle

---

d'une déclaration d'un médecin violant le secret professionnel. De même le tribunal civil de Bourgoin (20 janvier 1897, 97, 565) a refusé aux compagnies le droit de faire exhumer un assuré, réservant ce moyen de preuve au cas où il n'y aurait pas d'autre moyen de faire la lumière.

qui n'aurait pu exister que du consentement des parties ;

Qu'en ce faisant, elle a commis un excès de pouvoir et expressément violé les dispositions de la loi... »

Il fut jugé de même (C. cassation, 23 mars 1881, S., 83, 1, 247) que le refus d'appliquer la déchéance (alors surtout que la réticence est spécialement prévue par une clause des polices) est une violation de la loi, à moins que l'intention des parties ne puisse être interprétée d'une manière différente par les juges du fond qui ont, à cet égard, un pouvoir absolu.

Cependant nous devons mentionner une exception à cette règle quand la fausse déclaration porte sur *l'âge* de l'assuré ; nous ne faisons ici que la rappeler, renvoyant pour le surplus à ce que nous en avons dit plus haut (1).

Cette nullité que les juges doivent prononcer, qu'est-elle? Est-elle relative ou absolue? A-t-elle besoin d'être prononcée par le tribunal? Les deux parties contractantes peuvent-elles s'en prévaloir?

Un arrêt de la Cour d'appel de Rouen du 22 février 1878 (*J. A.*, 76, 151), semble attacher au contrat entaché de réticence le caractère de l'inexistence, ainsi qu'il ressort de la lecture des attendus : « Attendu que, nulle dès le principe, à défaut du concours des volontés sur ses éléments essentiels et constitutifs, la convention aléatoire du 20 novembre n'a pu produire aucun effet légal et juridique, qu'il y a lieu, dès lors, de la déclarer non avenue ».

---

(1) Voir page 119.

Nous ne pensons pas que les mots « nulle dès le principe », aient voulu, dans l'esprit des juges de Rouen, faire une allusion rigoureuse à l'inexistence du contrat, et pour nous la nullité édictée pour fausse déclaration ne peut être qu'une nullité purement relative. C'est dans ce sens que s'est décidée, ainsi que nous l'avons vu, la grande majorité des auteurs (1).

L'inexistence ne peut résulter en effet, pour un acte, que de l'absence, comme élément général, du consentement ou mieux de la volonté (2).

Dans le cas qui nous occupe, il y a eu consentement, mais il a été vicié par l'erreur produite dans l'esprit de l'assureur ; nous avons affaire à la théorie des vices du consentement, lesquels ne peuvent que rendre le contrat annulable.

Et de là découlent des conséquences tout autres que si l'acte était inexistant :

1° La nullité n'est pas immédiate, l'acte pourra être annulé plus tard par une sentence du juge; cette nullité devra être demandée en justice par l'assureur. (V. Cassation, 15 mars 1880, Lévy, 82, 1, 75) ;

2° Cette action n'est pas accordée à tout le monde et le Tribunal de commerce de la Seine (2 janvier 1888, *J. A.*, 88, 234), a décidé que cette nullité n'étant pas d'ordre public, l'assuré ne peut se prévaloir de la fraude qu'il prétend avoir commise, pour demander la nullité de la police ;

---

(1) Voir ce qui a été dit plus haut pages 97 et s.

(2) Voir Planiol, *Théorie de la formation des contrats*, t. I, p. 133.

3° La nullité est susceptible de se couvrir par l'effet d'une confirmation expresse ou tacite, et la Compagnie a le droit, connaissant l'infirmité de l'assuré, d'accepter l'assurance (2 janvier 1888, précité ; 1117 et 1328, C. civil) ; la confirmation tacite peut de même s'induire du fait que la Compagnie continue à recevoir les primes versées, même après la découverte du vice ;

4° Cependant, si la nullité n'est pas immédiate, elle est rétroactive, et de droit commun l'acte tombe avec tous les effets qu'il avait eus jusque-là.

Il est anéanti même dans le passé.

CHAPITRE II

Sort des primes.

Que vont devenir les primes payées par l'assuré? La nullité remontant, par l'effet de la rétroactivité, au jour du contrat, toutes ces primes se trouvent, rigoureusement et juridiquement parlant, avoir été perçues sans cause, puisque les parties n'étaient pas liées. Et, ici, nous abordons une grave question dont l'intérêt pratique est des plus faciles à saisir, si l'on pense que le montant des sommes versées s'élève souvent à un chiffre assez élevé. Comment la jurisprudence a-t-elle résolu la question? C'est ce que nous allons essayer de déterminer par une lecture attentive des arrêts rendus en cette matière.

Le plus ancien arrêt sur la question est un jugement du Tribunal civil de Tours du 30 août 1871 (J. A., 71-421), curieux dans ses attendus, par ce fait que, peut-être le premier, il tient compte de la bonne foi de l'assuré et s'appuie sur cette considération pour ordonner le remboursement des primes. En voici les termes :

« Attendu, en ce qui touche les deux primes payées, que Mallèvre *a pu être de bonne foi*, dans une certaine mesure, et que rien ne dénote, d'une manière certaine, que ce soit dolosivement et dans l'intention de

nuire à la Compagnie qu'il aurait sciemment altéré la vérité, etc... ;

« Attendu qu'en cet état de choses, *le dol n'étant pas établi* et l'erreur étant d'ailleurs certaine, le tribunal doit, en replaçant les parties au même et semblable état qu'avant la passation du contrat, et, en prononçant la nullité de ce contrat, ordonner la restitution des primes ».

C'est encore dans le sens de la restitution des primes versées qu'a été rendu un jugement du 21 janvier 1876 (Rouen, *D. P.*, 77, 2, 126), validant l'offre faite par la Compagnie de rembourser les primes :

« Attendu, dit l'arrêt, que nulle, dès le principe, à défaut du concours des volontés sur les éléments essentiels....., la convention n'a pu produire aucun effet légal ;

« Qu'il y a lieu, dès lors, de la déclarer non avenue et de valider les offres faites à B... par *L'Alliance des Départements*, de lui restituer la somme de 834 francs, montant de la prime qu'il a payée ».

Ce fut en 1878 que la Cour d'appel de Paris (12 février 1878, *J. A.*, 78, 134) émit une solution nouvelle qui fut l'objet de vives critiques. Pour la première fois, il fut décidé que les primes devaient rester acquises à la Compagnie, et la Cour s'appuya sur les motifs suivants :

« Considérant qu'il est de principe, en toute matière d'assurances, que la prime reste acquise à l'assureur quand il a commencé à courir le risque et que l'assurance a été ensuite annulée à raison d'un fait imputable à l'assuré.....; que dans ce cas, en effet, il ne

s'en suit pas, de ce que le contrat a été déclaré nul, *que des risques n'aient pas été courus par l'assureur ;* qu'en conséquence, *les primes correspondant à la période des risques n'ont pas été payées sans cause* et ne sont pas soumises à restitution ; que la police d'assurance sur la vie passée entre les parties consacre formellement ce principe dans ses conditions générales ».

Le Tribunal de la Seine se rallia à la même opinion dans un jugement du 26 août 1884 (*J. A.*, 85, p. 75). Le même tribunal resta fidèle à ses principes et, par un jugement du 13 janvier 1885 (*J. A.*, 85, 541), rejeta une demande en restitution des primes, en motivant fortement son refus d'admettre la prétention de l'assuré. Les attendus de ce jugement nous ont paru des plus intéressants et nous voulons les rapporter ici.

« Attendu que Granischtadten, se fondant sur la nullité, soutient que les deux primes qui ont été payées par lui, de bonne foi, doivent lui être restituées comme se trouvant sans cause entre les mains de la Compagnie ;

« Qu'il soutient, a cet égard, que l'article 6 de la police d'assurance, aux termes duquel, en cas de nullité de ladite police, toutes les primes encaissées resteront acquises à la Compagnie, est nul, comme constituant, au profit de la Compagnie, un droit sans compensation, et, contre l'assuré, une obligation sans cause ; qu'en tous cas, l'article 6 n'a *que le caractère d'une clause pénale* que les tribunaux peuvent *réduire à raison de la bonne foi* du bénéficiaire ;

« Mais, attendu qu'il est de principe que les primes

restent acquises à l'assureur, malgré la nullité du contrat, lorsque ce dernier a couru les risques de l'assurance.....

« Attendu que l'article 6 de la police n'est que l'accessoire du contrat d'assurance ; qu'il *ne peut être considéré comme une clause pénale* que les tribunaux peuvent réduire ou modifier suivant les circonstances ;

« Que la convention des parties, à cet égard, ne fait que reproduire la loi elle-même qui dispose, dans l'article 364 du Code de Commerce, que l'assureur est déchargé dans le cas où l'assuré a augmenté les risques, mais que les primes lui restent acquises ; que cette stipulation des parties est donc conforme à la loi ; qu'elle se justifie par la nature du contrat d'assurance et la nécessité, pour les Compagnies, *d'assurer le bon fonctionnement de l'entreprise qui intéresse tous les assurés ;*

« Qu'il importe peu que G... ait payé les primes de bonne foi ; que, bénéficiaire de ladite assurance, il doit subir toutes les conséquences de la nullité du contrat sans avoir plus de droit que son cédant ;

« Par ces motifs, déclare G... non recevable..... »

Et le Tribunal de la Seine persista dans sa manière de voir, comme le prouve un jugement du 1er avril 1886 (*J. A.*, 86, 211) peut-être encore mieux motivé que le précédent :

« Attendu que, de ce que le contrat a été déclaré nul, il ne s'en suit pas que des risques n'aient pas été réellement courus par l'assureur ;

« Que, notamment, la Compagnie *aurait pu ne pas découvrir le risque* dissimulé et que, de ce chef, existe

un aléa ; qu'en conséquence, les primes correspondant à la période des risques n'ont pas été payées sans cause et ne sont pas soumises à restitution ;

« Attendu, en outre, que la Compagnie a pu légitimement détenir ces primes ; qu'elle a dû les *considérer comme définitivement acquises et, en conséquence, les dépenser*, soit dans ses frais généraux, soit en dividende et en parts de bénéfice à ses actionnaires ; que ce serait l'exposer à des mécomptes, *rompre l'équilibre des bilans antérieurs*, que de remettre en question les résultats acquis ;

« Que, bien plus, la mauvaise foi des assurés *trouverait, dans cet appui inespéré de la jurisprudence, une sorte de prime et d'encouragement* à commettre des réticences ou de fausses déclarations qui, en définitive, ne les exposeraient à rien perdre et leur ménageraient même des réserves accumulées ;

« Déboute la veuve Corbut de sa demande en restitution. »

Cependant, le Tribunal de commerce de la Seine vint, en 1888 (9 juin 1888, *J. A.*, 88, p. 435), jeter quelque alarme dans la tranquille confiance des assureurs. Le tribunal décida que la Compagnie qui n'a pas stipulé dans sa police le droit de retenir les primes versées, est obligée de restituer ces primes.

L'alarme ne pouvait être bien grave, et pour ceux qui ne virent pas là une confirmation « *a contrario* » de la théorie de la non restitution des primes, ils se rassurèrent bien vite en pensant qu'une simple clause suffirait à leur faire recueillir le bénéfice d'une jurisprudence bien établie, et c'est, de ce moment, que se

généralisa l'introduction d'une clause dans les polices, portant qu'en cas d'annulation du contrat « les primes resteraient acquises à la Compagnie ».

Avant de clore cet exposé de jurisprudence, nous relaterons une décision du Tribunal de commerce de Gand du 28 juillet 1896 (*J. A.*, 96, 559), rendue en faveur d'un bénéficiaire de bonne foi, dans un cas particulier, il est vrai, alors que la *Compagnie connaissait la défectuosité du contrat :*

Le Tribunal de Gand, considérant : « Qu'en n'avertissant pas le demandeur, comme c'était son devoir, des risques d'annulation du contrat, et en consentant à lui transmettre le bénéfice de ce contrat, la défenderesse a causé au demandeur un préjudice qu'elle est tenue de réparer ;

« Quant aux primes, condamne *la défenderesse à restituer le montant des primes au demandeur.* »

Cela a pu paraître, avec raison, de toute justice pour le Tribunal de Gand ; quant à nous, nous préfèrerions tenir le raisonnement suivant :

Attendu que la Compagnie savait parfaitement le vice entachant ledit contrat ; qu'en n'avertissant pas le second bénéficiaire, en laissant le transfert de la police s'opérer à son profit, et, en continuant à recevoir les primes, elle a renoncé tacitement à son droit d'attaquer le contrat ; que sa manière d'agir vaut une confirmation de l'acte annulable ;

Elle sera déboutée de toute demande de nullité faite postérieurement et le contrat aura ses effets légaux.

Des développements qui précèdent, il résulte que, en jurisprudence, les Compagnies ont le droit de rete-

nir les primes versées dans tous les cas où la nullité du contrat ne vient pas d'elles et la question ne se pose plus en pratique de savoir si la Compagnie a prévu ou non le cas dans la police, une clause spéciale, ce concernant, étant devenue de style dans les conditions générales de toutes les Compagnies.

Mais la question, au point de vue théorique, reste toute entière. La Compagnie a-t-elle ou non le droit, *juridiquement parlant,* de retenir les primes versées? Sur quels arguments de droit peut-elle s'appuyer pour le faire?

Disons de suite que certains auteurs ne leur reconnaissent pas cet avantage en principe et raisonnent comme il suit : le contrat d'assurances sur la vie, lorsqu'arrive le jugement prononçant la nullité de la convention, disparaît rétroactivement, la nullité en remonte au jour de sa formation. N'ayant pas existé, le contrat n'a donc pu produire aucun effet (1). Ceci posé, « il est clair, nous dit M. Labbé (2) que l'assureur qui a perçu les primes n'est pas fondé à les retenir lorsque le contrat est annulé par application de l'article 348 du Code de commerce ou de la clause de la police portant reproduction de cet article. Il doit les restituer comme ayant été portées sans cause, c'est-à-dire en vertu d'un titre reconnu comme impuissant à produire aucun effet ». Et Monsieur Labbé ne voit, pour les Compagnies, qu'une façon de

(1) De Courcy, *Questions sur le droit maritime.* La réticence et l'erreur.

(2) Labbé, note, arrêt 1878. Dalloz, 78, 2, 50 ; S., 80, 2, 225. Herbault, *Assurances sur la Vie*, n° 282.

garder les primes, c'est de les stipuler dans le contrat à titre de clause pénale, et, ainsi, la Compagnie ne retiendra pas les primes en vertu d'un contrat réputé inexistant, mais à titre de dommages-intérêts pour le préjudice que le fait d'une nullité venant de l'assuré a pu lui causer.

La bonne ou mauvaise foi du proposant est indifférente ici, l'article 348 du Code de commerce, seul texte de loi applicable, ne fait aucune distinction entre la bonne et la mauvaise foi de l'assuré; dès lors qu'il y a eu fausse déclaration ou réticence de nature à diminuer l'opinion du risque où a en changer le sujet, le contrat est annulé.

L'on ne fera pas plus de distinction dans l'intention des parties. La clause des polices, se référant à la nullité du contrat n'est que la reproduction de l'article 348 du Code de commerce, avec ceci de plus toutefois que le sort des primes est réglé à l'avantage de l'assureur, et ceci sans aucune allusion à la bonne ou à la mauvaise foi de l'assuré (1).

Donc, le contrat d'assurance est réputé n'avoir pas existé; on en arrive tout naturellement à conclure qu'aucun risque n'a été couru, mais alors que penser de notre jurisprudence dont la considération principale est celle-ci:

« Attendu que, de ce que la convention est déclarée nulle, *il ne s'en suit pas que des risques n'aient pas été réellement courus par l'assureur* (2). »

---

(1) Lefort, t. III, p. 54.

(2) Arrêt de 1885 et 1886, tribunal de la Seine.

Comment, disent nos juges, l'assureur n'a pas couvert le risque? Il l'a si bien couvert, que s'il n'avait pas eu connaissance de la fausse déclaration (et dans combien de cas n'en a-t-il pas connaissance?) il aurait parfaitement payé le montant du sinistre.

On a répondu, et très justement ce nous semble, à cette objection; il est certain que l'assuré a couru un risque, mais ce n'est pas celui dont le paiement des primes était le prix, il n'a couru qu'un risque, celui de ne pas découvrir la fraude. Il y a là une situation préjudiciable pour l'assureur et l'état de fait qui en résulte, lorsque le vice du contrat est découvert, est selon nous très suffisant, comme nous nous proposons de le démontrer plus loin, pour légitimer pratiquement les dommages et intérêts.

Nous ne voyons, d'ailleurs, rien qui empêche juridiquement les parties de convenir du chiffre des dommages et intérêts et d'en fixer, par une clause librement acceptée, le chiffre d'une façon régulière et incontestable, et nous croyons pouvoir, pour affirmer le droit de la Compagnie à des dommages-intérêts, nous appuyer sur l'article 1147 du Code civil qui peut, en tous points, s'appliquer a notre cas : « Le débiteur est condamné, s'il y a lieu, au paiement des dommages et intérêts, soit à raison de l'*inexécution de l'obligation*, soit à raison du retard dans l'exécution, toutes les fois qu'il ne justifie pas que l'exécution provient d'une cause étrangère qui ne peut lui être imputée, *encore qu'il n'y ait aucune mauvaise foi de sa part.* »

La question de la non restitution des primes par

l'assureur a rallié tous les auteurs qui ont écrit sur la matière; il faut cependant signaler que certains semblent ne permettre à l'assureur de garder les primes que lorsque l'assuré a commis une véritable fraude. Grün et Joliat nous disent en effet (1) : « Si l'erreur commise par l'assuré dans les déclarations est *volontaire*, elle prend les caractères de la *fraude* et quelque soit l'objet sur lequel elle porte, l'assurance est susceptible d'annulation sur la demande de l'assureur. Celui-ci conserve la prime s'il l'a reçue, et même peut en exiger le paiement si elle est due pour le temps pendant lequel a duré le contrat. »

Telle est aussi l'opinion développée par Estrangin, sous le n° 199, de Pothier; celle de Pardessus, t. III, n° 876.

« A la vérité, disent ces auteurs, l'assureur aura la double chance de toucher les primes, s'il n'y a pas de sinistre, et, en cas d'accident, de s'affranchir des risques, mais c'est une juste peine contre l'assuré qui est en *fraude*. »

M. Alauzet, dans son *Traité des Assurances terrestres* (2), écrit : « Les primes ne peuvent être que le *prix des risques* ou la *preuve de la fraude* ; si la fraude est prouvée, et c'est aux assureurs à en fournir la preuve et aux tribunaux seuls à déclarer qu'elle existe, les primes sont acquises.

Boudousquié, Quenault (3), dont la théorie a été

---

(1) Grun et Joliat, *Traité des Assurances terrestres*, p. 263.

(2) Alauzet, *Traité des Assurances terrestres*, t. II, nos 520 et 561.

(3) Boudousquié, *Traité de l'Assurance contre l'incendie*, p. 401 ; Quenault, *Traité des Assurances terrestres*, p. 276.

reprise par Pouget, Merger (1) ne font pas intervenir la fraude et se basent uniquement sur l'article 1149 et 1147, lequel nous l'avons vu, n'exige en aucune façon la mauvaise foi.

« L'assuré, dit Boudousquié, fait un contrat sans cause ou sur fausse cause, qui ne peut produire aucun effet; l'assureur, au contraire, agissant de bonne foi, peut réclamer les effets du contrat dont l'inexécution se résout pour lui en dommages et intérêts ou en une somme égale à la perte qu'il a faite et au gain dont il a été privé, c'est-à-dire une somme égale à la prime qu'il a stipulée.

Telles sont les raisons données par les différents auteurs qui ont traité de la question. Mais ne pourrait-on aussi trouver argument pour la non restitution des primes dans une disposition édictée par le législateur lui-même en matière de contrats aléatoires; nous voulons parler de l'article 1978 et voici par quel raisonnement nous avons été conduit à nous poser pareille question.

La clause des polices édictant la résolution du contrat en cas de réticences, n'est qu'une application au contrat d'assurance sur la vie d'une disposition législative générale énoncée par l'article 1184 ainsi conçu :

« La condition résolutoire est toujours sous enten-
« due dans les contrats synallagmatiques pour le
« cas où l'une des deux parties ne satisfera point à

---

(4) Pouget, *Dictionnaire des Assurances* (voir Primes, Restitution, Vie; Merger, *Assurances sur la Vie.* p. 157.

« son engagement. » A ce droit, commun en matière de contrat, l'article 1978, écrit pour la rente viagère, vient déroger pour ce qui est des contrats aléatoires; il porte que « Le défaut de paiement des arrérages n'autorise point le crédit rentier à demander la résolution du contrat et à rentrer dans le capital qu'il a aliéné ou à reprendre l'immeuble qu'il a cédé; » l'article 1978 ne lui laisse que le droit de faire saisir et vendre les biens de son débiteur et de faire employer le prix qui en proviendra pour assurer le service des arrérages.

Quelle est la raison d'une semblable dérogation? elle est, nous dit Paul Pont (1), dans le *caractère aléatoire* du contrat de rente viagère :

« Lorsque, dans un contrat ordinaire, dans la vente par exemple, le juge prononce la résolution pour défaut de paiement du prix, il est toujours possible, à quelque moment que cette résolution soit prononcée, de remettre les parties au même état qu'avant la convention..... Dans la rente viagère, au contraire, l'obligation de l'une des parties, du débiteur de la rente, consiste à servir périodiquement des arrérages qu'il a déjà peut-être payés durant nombre d'années au moment où la demande en résolution est introduite, que peut-être même il a payés dans une proportion telle, que la somme totale en est égale à la valeur du capital qu'il a reçu..... Il serait trop dur....., de le forcer à restituer ce capital. » D'ailleurs, ajoute Paul Pont, « il n'est plus possible

(1) Paul Pont, *Des Petits Contrats*, n° 750.

de rétablir les choses au même état qu'auparavant, » et tout, dans ce contrat, ayant été abandonné au hasard, « il est convenable de laisser au hasard son cours naturel et de ne pas lui substituer un état de certitude qui dénaturerait l'opération. »

Tels sont donc les motifs pour lesquels le législateurs a dérogé d'une façon expresse à l'article 1183.

L'article 1183, nous dit encore un arrêt de Grenoble du 13 janvier 1887, « n'est applicable qu'à la « condition que les bénéfices résultant virtuellement « du contrat résilié au profit de chacune des parties « puissent être restitués, » et « tout contrat aléatoire donnant lieu à des risques et à des paiements successifs, la chance courue pendant un certain temps constituant une valeur représentée par les prestations fournies, « ces dernières ne sont pas restituables précisément, parce que la valeur correspondante ne peut l'être. »

C'est donc parce qu'il s'agit d'un contrat aléatoire, parce que des risques ont été courus jusqu'au jour où la résolution est prononcée, « parce qu'il est impossible d'effacer le passé et de remettre les parties dans le même état que si le contrat n'avait pas eu lieu (1). », qu'en matière de rente viagère la résolution et ses effets se trouvent écartés par les rédacteurs du Code.

La situation n'est-elle pas la même en matière d'assurance, n'y a-t-il pas eu de même un état de faits qu'on ne peut faire disparaître ; l'assureur

(1) Guillouard, *Contrôles aléatoires*, p. 299.

n'a-t-il pas assuré les risques jusqu'au jour où la réticence est découverte, et ne serait-ce pas aussi injuste de lui faire rapporter les primes, que d'exiger du débit rentier le remboursement du capital.

Certes, nous ne voulons pas étendre l'article 1978 aux assurances, c'est un texte d'exception, et, comme tel, il doit être appliqué dans les limites strictes du contrat pour lequel il a été fait, mais il est permis de se demander si les rédacteurs du Code, à supposer qu'ils aient traité du contrat d'assurances, n'auraient pas étendu audit contrat le bénéfice de l'article 1978, et, pour nous, nous ne croyons pas douteux que cela se fût passé ainsi.

Quoiqu'il en soit, nous ne pouvons, dans l'état des textes, que tirer de l'article 1978 un argument d'analogie en faveur du non remboursement des primes.

Théoriquement, d'ailleurs, le droit de retenir les primes versées par l'assureur se justifie suffisamment par le droit possible pour l'assureur à des dommages-intérêts. Mais cette évaluation faite des dommages-intérêts par clause pénale est-elle juste? Y a-t-il eu dommage causé? Y a-t-il équivalence entre ce dommage et le montant des primes conservées?

Il ne serait pas difficile d'établir que l'acceptation d'une assurance entachée de nullité cause à l'assureur un dommage. *Le Journal des Assurances*, année 1888, p. 439, contient à ce sujet une intéressante communication qui nous inspirent les développements qui vont suivre : « Les frais de réalisation, les commissions d'agents, qui sont le prix légitime d'une affaire sérieuse, sont pour l'assureur une charge

sans compensation si l'assurance est frappée de nullité et si les primes reçues doivent être rendues. La restitution des primes elle-même, suite de la nullité reconnue de l'assurance, cause à l'assureur un véritable préjudice. En effet, en dehors des frais et de la commission donnée aux agents, une notable partie des primes reçues a contribué à former les bénéfices distribués aux assurés ou aux actionnaires. Elle n'existe plus dans la Caisse de la Compagnie et il serait impossible de la reconstituer, car elle est passée dans des milliers de mains où l'on ne saurait la chercher (1). Prendre cette somme dans la caisse de la Compagnie, c'est fausser le compte de l'année où la restitution se produirait, bien plus, c'est la faire rembourser par d'autres assurés et d'autres actionnaires que ceux qui l'ont reçue. Il y aurait là, un véritable préjudice pour la Compagnie. »

Ajoutons, et ceci est la pensée très juste de M. Ollivier (2), que décider le contraire serait favoriser manifestement la mauvaise foi. A quoi s'exposerait, dans la théorie du remboursement des primes, le proposant qui a contracté frauduleusement ?

« Si la réticence volontaire reste ignorée, dit M. Ollivier ; si la cause de la mort n'est pas découverte, la fraude sera récompensée et le bénéfice en sera acquis aux ayants droit de l'assuré ; si, au contraire, la réticence est dévoilée, la Compagnie restituera les primes, l'assuré en sera quitte pour avoir fait une

(1) *J. A.*, 1878, p. 141.
(2) Couteau, *op. cit.*, t. II, p. 153.

tentative infructueuse. Quel encouragement ! Tout à à gagner, rien à perdre ! »

Ce préjudice, que nous venons de constater au désavantage de l'assureur, est-il sensiblement égal au montant de la totalité des primes versées ? Il est permis d'en douter ; on ne peut nier qu'une partie des primes versées a servi à constituer un fond de réserve destiné à garantir dans l'avenir l'exécution, en cas de besoin, du contrat dont nous parlons. Or, ce contrat est déclaré inexistant, sans effet ; la somme qui le garantit entre les mains de l'assureur constitue donc pour lui autant de bénéfice.

C'est en s'appuyant sur ce raisonnement que certains auteurs ont été conduits à décider que la Compagnie ne devait ni rembourser en totalité les primes versées, car elle serait en perte, ni les conserver en totalité, car elle ferait un bénéfice ; elle doit, selon ces auteurs, restituer la valeur de rachat.

Il n'en reste pas moins qu'en pratique la clause des polices portant retenue des primes par l'assureur étant formelle, c'est l'intégralité des primes qui reste acquise à la Compagnie. Ceci est sans doute un peu rigoureux et la solution donnée plus haut nous paraît préférable ; ce peut être, pour la Compagnie même, un danger devant les cours et tribunaux ; il est assez vraisemblable que, dans certains cas, pour éviter la rigoureuse application de cette clause à un assuré coupable *d'une simple légèreté*, le Tribunal, ne trouvant pas d'autre issue, est tenté de faire perdre à la Compagnie son procès et de la condamner au paiement du capital assuré.

La loi belge a voulu se montrer plus équitable et les articles 10 et 11 de la loi du 11 juin 1874 distinguent suivant que le contrat a été fait par un assuré de bonne foi et, dans ce cas, l'assureur restitue les primes, ou, s'il y a eu dol de la part de l'assuré, auquel cas l'assureur les conserve.

Cette solution est certainement de beaucoup préférable à celle que nous voyons triompher ; cependant, dans l'état actuel des textes et, vu les termes même des clauses des polices, nous ne pourrons faire que nous en tenir à la solution rigoureuse que nous avons énoncée plus haut et devant l'application de laquelle les tribunaux doivent, cela n'est pas douteux, reculer assez souvent.

La nullité pure et simple, sans aucun espoir d'être compensée dans sa perte par quelque restitution, voilà ce qui attend l'assuré coupable de réticence ou de fausse déclaration, voilà ce qui plane sur sa tête s'il a eu le malheur de commettre quelque étourderie dans la conclusion de la convention qu'il a faite ; et qui peut se vanter de n'en point commettre? Quel assuré pourra être sûr de la validité de son contrat? Ne sera-t-il toujours pas à la merci de quelque réticence qu'il aura laissé passer de très bonne foi et dont la découverte ruinera les espérances qu'il avait fondées sur le contrat par lui passé. Et si l'on songe que l'assurance sur la vie est au plus haut point une institution de prévoyance, où les intérêts les plus sacrés de la famille se trouvent en jeu ; que c'est souvent la seule ressource d'une famille privée de son chef, quand celui-ci avait eu la sagesse de prévoir

pour elle le moment où il serait disparu, on peut se demander l'inquiétude qui peut assiéger l'esprit du souscripteur et s'il n'y a pas là un véritable danger pour le développement même de l'assurance.

Sans voir la situation si noire, on peut affirmer, selon nous, qu'il y a là matière à de vives critiques.

Sans doute, c'est l'infime minorité des contrats d'assurance sur la vie qui sont annulés; nous avons vu que les Compagnies sont elles-mêmes peu désireuses d'intenter un procès, que les tribunaux se montrent favorables aux assurés; il n'en reste pas moins des points très critiquables. D'abord, et nous ne faisons que rappeler ici ce fait que l'assuré, même de bonne foi, perd (si le contrat est annulé) le bénéfice du contrat et toutes les sommes versées. Tenons cependant compte de l'admission, que nous avons montrée très large, faite par les tribunaux, de la bonne foi pour valider le contrat.

Ensuite nous voulons regretter cette ignorance de l'assuré sur la valeur du contrat qu'il a souscrit; ce qu'il veut c'est laisser une situation nette à ses ayants droit, et non un procès plus ou moins hasardeux; il serait de toute justice, semble-t-il, qu'il fut fixé sur ce point dans un certain délai, et ceci nous amène à rechercher quelles sont les circonstances capables d'atténuer, dans le temps, les effets d'une fausse déclaration initiale et d'en arrêter les conséquences dans un certain délai.

CHAPITRE III

De la prescription de la Réticence

Incontestabilité des Polices

Le vice de réticence qui entache le contrat peut-il se prescrire? Telle est la question. Pour nous, la réticence n'est que la cause initiale du vice qui affecte le contrat, et ce vice n'est autre que l'erreur qui a entaché le consentement de l'assureur. Il faut donc, selon nous, appliquer ici les principes de la nullité pour erreur de l'article 1304 du Code civil, et décider qu'elle peut être couverte non seulement par la prescription de dix ans édictée par ledit article, à partir du jour où l'assureur a connu soit l'erreur, soit le dol, mais même par une ratification expresse ou tacite, cette dernière pouvant s'induire, par exemple, de l'encaissement de la prime, quand il n'est pas douteux que, par ce fait, la Compagnie a renoncé à se prévaloir de l'irrégularité. C'est ce qu'a décidé la Cour de Besançon (4 mars 1882, S., 83, 2, 60) (1).

C'est aussi la tendance de la doctrine et de la jurisprudence allemande qui penchent à admettre que si

---

(1) Cf. Cassation, 18 novembre 1851; D. P., 51. 1, 314.

l'assureur connaissait l'inexactitude de certaines données et n'en avait pas moins continué à recevoir les primes, il doit être présumé avoir renoncé à opposer l'exception (1).

La même opinion se retrouve dans le rapport présenté en 1891 par M. Rehfous à la société des juristes suisses sur les « principes à édicter à la base d'une loi fédérale du contrat d'assurance sur la vie ». M. Rehfous soutenait qu'il y a lieu de fixer un délai, passé lequel l'action en nullité pour réticences ou fausses déclarations ne serait plus recevable ; il proposait de fixer ce délai à dix années, ajoutant qu'il est presque impossible que dans une période aussi longue l'assureur ne se rende pas compte des circonstances qui étaient de nature à exercer une influence sur l'opinion du risque, lesquelles ne manqueraient pas de se manifester. D'autre part, le projet de loi suisse de M. Roelli (2) porte dans son article 11 « que le vice des déclarations est sans effet si l'assureur l'a provoqué lui-même ou s'il a renoncé expressément ou tacitement à s'en prévaloir. Il y a, en particulier, renonciation tacite : 1° Si l'assureur a connu, lors de la conclusion du contrat, l'état réel de la circonstance qui

---

(1) Heinrichs, *Zeitschr., f. Handelsr.*, t. XX, p. 408; Lefort, *La législation autrichienne et allemande sur les Assurances sur la vie* (*Recueil périodique des Assurances*, 1893, p. 427).

(2) M. Roelli, chef de la section juridique du bureau fédéral des assurances, fut chargé, en 1893, par le Conseil fédéral, de rédiger un projet de loi sur les contrats d'assurances. Ce projet souleva de vives critiques ; le département fédéral a chargé une commission de les examiner.

donne lieu au vice des déclarations ; 2° Si l'assureur a conclu le contrat malgré le défaut de réponse à une des questions posées par lui, à moins toutefois que, d'après les autres réponses, cette question dut paraître résolue dans un sens déterminé ; 3° Si l'assureur, découvrant le vice des déclarations postérieurement à la conclusion du contrat, ne se départit pas dans le délai d'un mois de cette découverte ou ne demande pas dans le même délai la restitution d'une prestation qu'il a déjà fournie ».

En Belgique, un arrêt de la Cour d'appel de Gand du 25 juillet 1896 (*J. A.*, 97, p. 23), a décidé que « l'article 32 de la loi belge du 21 juin 1874, qui fixe à trois ans la prescription, à compter de l'évènement qui donnera ouverture à l'action, est inapplicable à l'action en nullité du contrat basée sur le dol et la fraude ; il faut, en ce cas, suivre la prescription de droit commun, c'est-à-dire celle de dix ans instituée par l'article 1304 du Code civil et prenant cours à dater du jour où le dol est découvert ».

Il est donc indiscutable que la prescription de dix ans s'applique en notre matière ; c'est déjà un grand correctif à la rigueur des polices ; ajoutons que dans ces derniers temps il s'est produit un mouvement sérieux en faveur de la réduction des causes d'annulation pour réticence ou déclarations inexactes, et si l'on rapproche de ce que nous venons de dire la tendance nouvelle de la Cour de Paris, d'écarter la présomption de fraude ou de réticence quand il s'est écoulé un long temps entre la souscription du contrat et le décès du contractant (Paris, 12 janvier 1894, *Rec.*

périodique des Assurances, 94, 132). On voit combien on a *compris qu'il était utile d'atténuer ce qu'a de trop rigoureux la clause d'annulation des polices.*

Ce point de vue est aussi apparu juste aux Compagnies d'assurances sur la vie et elles ont voulu entrer dans une voie libérale. Si nous en croyons une note du *Journal des assurances,* parue en 1894, page 98, dans laquelle l'auteur proteste une fois de plus contre la théorie jurisprudentielle « qui consiste à admettre que la bonne foi du contractant a pour effet de couvrir les déclarations inexactes et incomplètes qu'il a pu faire à l'assureur », il est temps, « devant la tendance voulue et indéniable des tribunaux, de refuser de se laisser convaincre que les Compagnies ont parfois quelques bonnes raisons, pour s'élever contre les manœuvres frauduleuses du contractant », de renoncer aux contestations pour cause de réticence.

Certaines Compagnies l'ont compris et depuis 1893 un grand pas a été fait. Des assureurs n'ont pas craint d'ajouter aux clauses de leurs polices une clause d'incontestabilité.

Incontestabilité.

Une police est dite incontestable quand la direction de la Société d'assurance s'engage à ne trouver dans aucune circonstance, quelle qu'en soit la nature, des motifs de déchéance pour l'assurance, dès que la police aura un certain nombre d'années d'existence.

Ce sont surtout les Compagnies étrangères qui sont entrées dans cette voie. Certaines ont admis comme

délai de contestabilité, cinq années ; il en est même qui l'ont réduit à deux ans. On peut lire dans les conditions générales de *La Dordrecht*, article 2 : « Toutefois, après deux années entières écoulées, la police est incontestable » ; dans les conditions générales de la *New-York Life*, article 2 : « Lorsque la police aura été en vigueur pendant deux années entières, la Compagnie ne pourra, en cas de décès, contester le paiement pour quelque cause que ce soit, pourvu que les primes aient été régulièrement payées, sous réserve des clauses spéciales d'autre part relatives au risque de guerre. »

Les Compagnies françaises n'ont pas *voulu renoncer à la rédaction stricte de leurs conditions* concernant l'obligation des déclarations, parce qu'il leur parut qu'ainsi elles étaient moins exposées aux abus que lorsqu'elles devraient accepter comme suffisantes toutes les déclarations rédigées inexactement, tant qu'elles ne pourraient pas prouver la mauvaise foi du déclarant. Toutefois, elles se dirent aussi qu'on ne pouvait laisser le souscripteur toute sa vie dans l'inquiétude, et que les fausses déclarations portant sur des questions essentielles devaient venir au jour dès les premières années de l'assurance. C'est pour ces raisons que quelques-unes ont *résolu d'ajouter* à leur condition de contestabilité des polices, pour cause de fausse déclaration, une clause par laquelle elles renoncent à l'invoquer lorsqu'il s'est écoulé cinq années entières depuis la souscription.

On ne peut, certes, que louer ces Compagnies d'avoir pris une telle résolution, et nous croyons

qu'elle ne peut leur être défavorable : c'est surtout, en effet, pendant les premières années que, dans les assurances frauduleuses, les sinistres se produisent. Pour l'assuré, elle lui procure une sécurité absolue; cette clause, nous dit M. Lefort (1), est « la consécration absolue de la bonne foi qui doit présider à l'exécution des contrats » et répond au désir que doit avoir, avant tout, l'assuré, de créer au profit des bénéficiaires une créance certaine et indiscutable.

Cette clause des polices est parfaitement licite : le grand principe de la liberté des conventions est là pour la défendre, et elle est obligatoire pour les parties qui l'ont acceptée (art. 1134 du Code civil); mais elle ne peut être invoquée que si elle figure dans la police. Ainsi en a jugé, et cela paraît assez peu discutable, le Tribunal de commerce de Bruxelles (31 janvier 1896, *Recueil périodique des assur.*, 96, 117).

La clause d'incontestabilité garantit donc la bonne foi de l'assuré ; la garantit-elle, de même, contre les conséquences de la fraude ?

La formule est des plus larges dans les Compagnies étrangères : *La New-York* nous dit formellement que la Compagnie ne pourra contester le paiement *pour quelque cause que ce soit.* On s'est élevé, avec raison, contre pareille rédaction de la clause; on a dit que l'on ne peut se faire garantir contre sa propre fraude, et que l'assureur conserve toujours, malgré la clause d'incontestabilité, le droit d'opposer la nullité de l'assurance quand celle-ci est entachée de dol. Cela

(1) Lefort, t. IV, p. 58.

nous semble juste et cette convention d'exonération de la fraude tombe bien certainement sous le coup de l'article 1133 du Code civil : « La cause est illicite quand elle est prohibée par la loi, quand elle est contraire aux bonnes mœurs et à l'ordre public ».

« Cela, nous dit M. Schevichaven (1), est contraire aux notions de moralité et ce serait encourager le dol et la fraude. »

Pourquoi, alors, n'avoir pas réservé le cas de fraude? Pourquoi certaines sociétés ont-elles renoncé à cette restriction ?

Le motif, semble-t-il, est qu'on a voulu faire de la police une garantie sûre pour un paiement futur, de manière à ôter à un créancier, au profit duquel l'assurance aura été contractée, toute crainte d'avoir jamais des difficultés pour cause d'une action, basée sur la fraude, que pourrait exercer la société contre l'assuré.

Cette raison a été très vivement critiquée, et à bon droit, par M. Schevichaven.

« On oublie, dit-il, que la police peut bien servir comme garantie d'un paiement futur, mais *qu'on ne peut considérer ceci comme sa fonction habituelle.* Elle est, en premier lieu, la preuve d'un contrat de prévoyance, d'assurance sur la vie qui, plus que maint autre contrat, est basé sur la bonne foi et ce n'est qu'en second lieu qu'elle doit avoir les qualités qu'on peut exiger pour la garantie solide d'une dette. »

Il est donc dangereux et illusoire de vouloir introduire sans restriction, pour le cas de dol, la clause

(1) Schevichaven, *La Vie et la Mort*, p. 216.

d'incontestabilité dans les polices, et cela a été reconnu si impraticable que pareille innovation a été formellement interdite à une société allemande; voici le texte de la lettre du ministre répondant à la Compagnie : « Je n'ai aucune objection contre le système même de « l'incontestabilité » auquel il sera rendu hommage dans l'avenir; mais certaines limites, dans ce sens, ne doivent pas être franchies. La disposition proposée ouvre la porte à des tromperies et est surtout périlleuse dans un contrat qui est basé sur la confiance mutuelle et la bonne foi ».

Un autre motif a poussé certaines sociétés à admettre « tout au moins dans les polices », la clause d'incontestabilité sans aucune restriction.

S'il faut en croire l'avis même d'un assureur, peu suspect en la matière, puisque la Compagnie à laquelle il s'intéresse a accueilli les principes de l'incontestabilité, ce serait un moyen de réclame qui « fait très bien dans les polices, mais qui, en pratique, n'a pas très grand résultat ».

La plupart des sociétés qui se créent une réclame par ce mot, veulent simplement dire que, si l'assuré a agi de bonne foi, on ne doit jamais se baser, pour trouver un prétexte à la déchéance de l'assurance, sans autre motif, sur ce que, dans la proposition, il a fait, de bonne foi, une déclaration erronée.

Or, et nous pensons en effet que cela serait très désirable, les Compagnies d'assurance sur la vie ne devraient contester le contrat que dans le cas où il y a mauvaise foi évidente, négligence et incurie notoires, et ne demander la nullité que dans cette hypothèse;

dans tout autre cas, toute société sérieuse, d'après l'auteur que nous citons, ne devrait pas discuter la validité de l'assurance, ou, tout au moins, selon nous, ne devrait le faire que lorsque la bonne foi couvrirait une erreur par trop grossière de l'assuré, dans le cas où il y aurait *véritable faute* de sa part d'avoir fait semblable déclaration.

Ceci admis, qu'est donc, de plus, la clause d'incontestabilité? rien, croyons-nous, puisque, même si la Compagnie n'a pas prévu le cas de fraude dans cette clause, elle peut toujours l'opposer; la clause d'incontestabilité est donc la reconnaissance de la force suffisante de la bonne foi pour valider le contrat. Et ceci semble très naturel à M. Schevichaven : « Il n'y a, dit-il, aucun mérite à le faire. C'est pourquoi beaucoup de sociétés, quoique reconnaissant, en fait, l'incontestabilité de leurs polices, voient un inconvénient à présenter cela comme quelque chose d'extraordinaire et d'en faire bruyamment état. On ne se glorifie pas d'une action à laquelle on se sent moralement obligé ».

Notre opinion est aussi qu'on a fait trop de bruit autour de cette clause d'incontestabilité; l'application en est très bonne, mais nous croyons hors de proportion avec sa juste valeur de la faire miroiter, comme l'ont fait certaines Compagnies, au risque de désabuser dans la suite les assurés qui s'y laisseraient prendre. Et, de cela, on a eu des exemples ; nous avons lu le suivant dans un numéro du *Conseiller des Assurances* de l'année 1904 (n° 626) : une police de *La Réserve Mutuelle* (Compagnie américaine) assurait un sieur Fritz, décédé en août 1903, l'article 14 des

conditions imprimées de la police en question stipulait que :

« Après que la présente police aura été en vigueur pendant trois ans consécutifs, à partir de la date de son émission, elle ne pourra plus être contestée pour aucune cause que ce soit, excepté pour la fraude, non paiement des contributions stipulées aux dates et de la manière prescrites ou pour déclarations inexactes relatives à l'âge du sociétaire dans la proposition. »

« Aucune fraude ne peut être établie, aucune erreur d'âge, les déclarations de décès ont été faites régulièrement et, cependant, *La Réserve Mutuelle* ne paie pas.....

Et les ayants droit ont du intenter un procès devant le Tribunal civil de la Seine « contre *La Réserve Mutuelle* qui paraît se rire de l'incontestabilité de ses polices..... »

Et l'article ajoute : « Nous ferons connaître dans la suite comment s'y prennent les sociétés américaines pour contester leurs polices dites incontestables. »

Donc, et c'est ce que nous voulons retenir de tout ceci, que les Compagnies appliquent l'incontestabilité en pratique, c'est fort bien, et on doit leur en savoir gré, mais qu'elles réservent dans leurs polices le cas de fraude, si elles veulent à tout prix, par un besoin de concurrence, insérer ladite clause, et nous croyons que leur promesse y gagnera un caractère beaucoup plus sérieux.

CONCLUSION & DROIT COMPARÉ

De l'ensemble des matières que nous avons examinées se dégage une conclusion que le lecteur n'a pas eu de peine à tirer avant nous. C'est qu'il serait des plus utiles, sinon indispensable pour le législateur, d'étendre sa protection à l'assurance sur la vie, qui, par les multiples et intéressantes questions qu'elle présente, forme actuellement une des branches les plus vivaces de notre droit. Et l'on peut s'émouvoir, s'étonner au moins de ne trouver ici, pour sauvegarder les intérêts, en jeu aucune disposition impérative et prohibitive de notre loi en matière d'assurances terrestres.

Cette lacune de notre législation, a dû être comblée par la jurisprudence. En appliquant les principes généraux du droit, en s'inspirant par analogie des dispositions du Code de commerce sur les assurances maritimes, en s'attachant à la nature du contrat et en tenant compte des besoins de la pratique, nos différentes juridictions ont essayé de résoudre équitablement les nombreuses questions qui leur ont été soumises, mais que de tâtonnements pour arriver à une jurisprudence à peu près stable !

Quel intérêt n'y aurait-il pas maintenant à recueillir les fruits d'une si longue expérience, à les couronner par un texte de loi !

Certes, on ne pourrait lui reprocher d'avoir été conçu à la légère et voté au pied levé; la tâche est, semble-t-il, bien adoucie, et tous les efforts du législateur se borneront à rendre irrévocable les bonnes solutions de la jurisprudence et à condamner les mauvaises.

N'est-il pas grand temps de veiller un peu sur les intérêts de l'un et de l'autre: assureur et assuré; leur situation bien inégale rendant leur entente pénible, ne serait-il pas utile de leur faciliter la tâche? Si l'un est le maître de la situation, par ce fait que c'est lui qui rédige les conditions de l'assurance, et, s'il y a là quelque chose qui a pu paraître injuste, l'assuré prend sa revanche, lors de sa réponse au questionnaire de la Compagnie; à son tour, il tient l'assureur entre ses mains et, sans avoir même à prononcer un mot, par son silence seul, il peut lui causer un préjudice des plus graves.

Cet antagonisme entre assureur et assuré, qu'il ne faut cependant pas s'exagérer, pourrait être encore réduit par l'application à l'un et à l'autre de règles invariables, auxquelles tous deux devraient se soumettre et qui, si l'on veut profiter de la longue expérience qu'on acquiert par l'étude de la jurisprudence, pourraient, sans grandes difficultés, être édictées au mieux des intérêts de chacun.

Et nous ne voudrions pas, par là, enfermer le contrat d'assurance sur la vie dans un cercle de fer; cela serait contraire à sa nature et nuirait à son développement; ce qu'il nous paraît désirable de réglementer, ce sont les grands points de l'assurance sur

la vie, ceux qui ont donné lieu à de fréquentes controverses, et dont une solution certaine et durable serait un grand soulagement pour tous (1). Pour ce qui est des multiples détails du contrat, nous ne voyons aucun inconvénient à laisser les parties s'arranger entre elles, et loin de nous l'idée de porter atteinte à la liberté des conventions.

Cette tâche a, dans ces dernières années, ému les pouvoirs publics de plusieurs pays et trois projets de loi se sont fait jour : en France, en Allemagne et en Suisse.

Nous croyons utile, avant de passer à l'étude de ces différents projets, de jeter un rapide coup d'œil sur la situation telle qu'elle est actuellement à l'étranger :

A n'en pas douter, elle est bien plus rigoureuse, pour l'assuré, qu'en France, et les partisans de la théorie de la nullité pour simple erreur, principalement M. Lefort, ont pu y trouver un solide argument.

La loi belge de 1874, décide (article 9) que « toute réticence, toute fausse déclaration de la part de l'assuré, *même sans mauvaise foi*, rendent l'assurance nulle, en changent le sujet de telle sorte que l'assureur, s'il en avait eu connaissance, n'aurait pas contracté aux mêmes conditions », et (article 10), « dans

---

(1) Si l'assurance sur la vie n'a pas reçu en France, pays d'épargne et de prévoyance, le développement qu'elle mérite, il faut, au dire de bons esprits, attribuer ce fait au régime actuel ; à tort ou à raison, il semble laisser beaucoup trop de place au doute et ne pas fournir la sécurité que seule la loi peut donner. (Rapport préparatoire de Lefort. Commission du contrat d'assurance, p. 129.

tous les cas où le contrat d'assurance est annulé, en tout ou en partie, l'assureur doit, *si l'assuré a agi de bonne foi*, restituer la prime, soit pour le tout, soit pour la partie pour laquelle il n'a pas couru de risques. »

La loi luxembourgeoise de 1891 reproduit le texte belge. »

L'article 429 du Code Portugais, après avoir disposé que « toute déclaration inexacte et toute réticence à raison de faits ou de circonstances connues de l'assuré ou de celui qui fait l'assurance et qui seraient de nature à influer sur l'existence où les conditions du contrat entraînent la nullité de l'assurance, » ajoute que « s'il y a eu mauvaise foi de la part de celui qui a fait les déclarations, l'assureur aura droit à la prime. »

Le Code néerlandais, dans son article 251, décide que « toute déclaration erronée ou fausse, ou toute réticence même faite de bonne foi des circonstances connues de l'assuré qui seraient de nature à empêcher le contrat ou à en modifier les conditions, si l'assureur eut été averti du véritable état des choses, rend le contrat nul. »

D'après l'article 452 du Code italien, conformément aux règles générales du contrat d'assurance, une assurance sur la vie est « entachée de nullité, s'il a été fait des déclarations fausses ou erronées, ou des réticences de circonstances connues de l'assuré et de nature à influer sur le consentement des assureurs. »

Le Code hongrois proclame (art. 475) que, « si l'assuré ou la partie qui contracte pour lui a tu ou a sciemment déclaré d'une manière inexacte des circonstances importantes qui restent ignorées par

l'assureur, celui-ci, si la fausseté ou l'inexactitude des déclarations ne lui étaient pas connues, peut, même après la production de l'évènement, contester le contrat d'assurance par une action en justice ou une exception. »

Le Code de Zurich déclare que « l'assuré doit s'abstenir d'induire en erreur l'assureur et de le déterminer à traiter, soit par des allégations mensongères, soit en lui dissimulant sciemment des circonstances de nature à peser sur ses déterminations; *en cas de faute grave,* il perd tout droit à la somme assurée et ne peut, ni réclamer la restitution des primes payées, ni se refuser à payer les primes échues ou courantes au moment où la faute a été découverte (art. 517).

En Allemagne, d'après les articles 810 et 812 du Code de commerce, applicables aux assurances terrestres, la déclaration inexacte volontaire ou involontaire, faite de bonne ou de mauvaise foi, rend le contrat nul.

Cependant, on admet que, si l'assureur connaissait l'inexactitude de certaines données et n'en avait pas moins continué à percevoir les primes, il doit être présumé avoir renoncé à exciper de l'irrégularité.

En Angleterre, d'après les usages constants, les déclarations qui font corps avec la police doivent être d'une exactitude absolue; la police est nulle, quand il y a inexactitude sans qu'il y ait à distinguer si l'inexactitude porte ou non sur une circonstance importante, si c'est le résultat d'une erreur, de la négligence ou de la fraude.

L'article 8 du projet Roelli, s'exprime ainsi : « Si

celui qui devait faire la déclaration a, lors de sa conclusion du contrat, inexactement déclaré ou omis de déclarer un fait important qu'il connaissait ou devait connaître, l'assureur n'est par lié par le contrat, à condition qu'il s'en soit départi dans le délai de quatre semaines à dater du moment où il a eu connaissance de l'omission ou de la fausseté de la déclaration. »

En Autriche, d'après la jurisprudence, on semble croire que la mauvaise foi est nécessaire pour entraîner la déchéance.

On voit par ce rapide exposé combien il reste encore à faire pour doter l'assurance sur la vie des règles qui lui manquent. Comme nous l'avons dit, ce besoin a été compris et les trois pays que nous citions plus haut se sont efforcés d'y répondre.

En France, deux arrêtés ministériels des 26 avril et 2 mai 1902 ont, sur la proposition de M. le Directeur de l'Assurance et de la Prévoyance sociales, constitué deux commissions chargées l'une d'étudier les dispositions législatives en vue de l'organisation du contrôle des sociétés d'assurance sur la vie, l'autre d'étudier les dispositions législatives auxquelles pourraient être soumis les contrats d'assurances.

C'est cette dernière seule dont les travaux nous occuperont ici : M. Lyon-Caen, rapporteur général, adressa le 17 juin 1904 au Ministre du Commerce un rapport en 82 articles au nom de la commission d'études législatives. Il nous a paru intéressant de rechercher, dans ce projet qui constitue le document

législatif le plus récent en la matière, quelles ont été les tendances de la commission dans les solutions qu'elle propose : ce qui peut, très certainement, donner une idée assez juste de ce que serait une loi votée actuellement sur le contrat d'assurance sur la vie.

L'article 28 de l'exposé des motifs de l'avant-projet de loi se réfère aux obligations de l'assuré envers l'assureur et en indique la sanction : « L'obligation de déclarer exactement toutes les circonstances de nature à faire apprécier par l'assureur les risques dont il se charge a, comme sanction, la nullité pour réticence ou fausse déclaration admise par l'article 36, et le rapporteur s'appuie, pour justifier cette sanction, sur les anciens auteurs. Ceux-ci, notamment Émerigon, « énoncent l'idée que l'assurance est un contrat de bonne foi : ils veulent indiquer par là que l'assuré est tenu de renseigner très exactement l'assureur sur les circonstances qui lui permettent d'apprécier les risques et que l'inobservation de cette obligation est de nature à entraîner la nullité de l'assurance. »

La nullité sera-t-elle édictée dans tous les cas, même si l'assuré est de bonne foi ? L'avant-projet (art. 36) n'admet pas la nullité sans distinction. Sans doute, il l'édicte pour le cas de dol de l'assuré, *il l'admet même dans le cas de négligence de sa part,* mais il ne va pas jusqu'à admettre la nullité quand l'omission ou la déclaration inexacte provient de l'ignorance de l'assuré, c'est-à-dire de la non connaissance par lui des faits qu'il a omis de déclarer ou qu'il a déclarés d'une façon inexacte ; et l'exposé des motifs ajoute des considérations de pratique et de

conseils remarquables pour leur justesse : il va de soi qu'en fait il peut être très difficile de savoir s'il y a eu négligence ou ignorance de l'assuré. La situation de ce dernier, la réputation bonne ou mauvaise, « l'état de ses affaires et des circonstances très variées qu'on ne peut prévoir et énumérer seront de nature à éclairer les assureurs et les tribunaux. Du reste, la concurrence et le désir légitime de conserver ou même d'accroître leur clientèle doivent, en général, détourner les assureurs d'invoquer la nullité du contrat quand il n'y a pas un dol ou une négligence bien caractérisée. »

Que se passe-t-il dans le cas où il y a eu ignorance de la part de l'assuré? N'y a-t-il pas lieu à quelque règlement de comptes entre les deux contractants? Il a paru que, les conditions du contrat étant changées, sa valeur intrinsèque devait s'en ressentir.

« L'article 36 (avant dernier et dernier alinéas) distingue selon que l'omission ou la déclaration inexacte est constatée avant tout sinistre, ou que cette constatation n'a lieu qu'après un sinistre. Dans le premier cas, l'assureur a le droit de résilier le contrat, à moins qu'il ne consente à le maintenir moyennant une augmentation de primes acceptées par l'assuré. Dans le second cas, l'indemnité est réduite en proportion de ce dont les primes ont été inférieures au taux des primes qui auraient été dues si les risques avaient été déclarés à l'assureur d'une façon complète et exacte. »

Nous croyons que ces deux alinéas, placés dans le titre I[er] « Des Assurances en général », ne peuvent

guère s'appliquer à l'assurance sur la vie; leur domaine est celui de l'assurance contre l'incendie. Cependant une solution analogue est présentée en matière « Vie » pour les déclarations inexactes relatives à l'âge de l'assuré. L'article 72, 2e alinéa, décide que « pour que les intérêts légitimes de l'assureur et de l'assuré soient saufs, il suffit d'admettre que les choses devront être rétablies comme si l'âge réel de l'assuré avait été déclaré à l'assureur. Dans le cas où la prime stipulée a été inférieure à celle qui aurait dû l'être, la somme assurée est réduite en tenant compte de l'infériorité de la prime. Dans le cas où, à l'inverse, la prime stipulée a dépassé la prime qui aurait dû être versée, l'assureur est tenu de restituer la portion qu'il a reçue en trop. »

L'avant-projet déposé par M. Lyon-Caen s'occupe aussi de la prescription en matière d'assurances et s'inspire, dit l'auteur, de l'esprit des clauses des polices les plus répandues par l'admission d'une courte prescription. L'article 38 (1er alinéa) adopte la *prescription annale* « pour toute action dérivant d'un contrat d'assurance et y assigne comme point de départ l'évènement même qui donne naissance à l'action ». Comme cet évènement est, en matière de réticence ou fausse déclaration, la connaissance par l'assureur du vice du contrat, tel en sera le point de départ.

« Dans un but d'égalité, l'article 39 (1er alinéa) déclare nulles les clauses qui abrègent la prescription de toutes les actions soit de l'assuré, soit même de l'assureur. Toutefois, à titre exceptionnel, il y a

lieu d'admettre les clauses abréviatives de la prescription pour les actions en nullité fondées sur une réticence ou une fausse déclaration et l'exposé des motifs ajoute, pour ce qui est de l'article 39 : « Il est évident qu'il ne saurait être convenu ni que la réticence ou la fausse déclaration de l'assuré ne sera pas, en cas de dol de sa part une cause de nullité, ni que l'action en nullité qui en résultera aura une durée inférieure à celle que détermine la loi. *Il est contraire à l'ordre public* qu'une personne convienne par avance qu'elle n'encourra pas les conséquences de son dol, puis le législateur ne peut se montrer favorable à des conventions qui abrègent le délai durant lequel la nullité qui sert à réprimer le dol peut être invoquée par l'assureur. »

« Mais ces considérations n'ont plus de valeur quand il s'agit d'une réticence ou d'une fausse déclaration provenant d'une simple négligence. » Aussi l'article 39, 2e alinéa, admet la validité des clauses d'incontestabilité pour abréger la durée de la prescription.

Enfin, l'avant projet lui-même, a pensé à la question des primes et décidé dans son article 36, que :

« Les primes payées demeurent acquises à la Compagnie, le paiement des primes dues doit avoir lieu à titre de dommages-intérêts. »

Tels sont les articles concernant notre sujet, que nous avons relevés dans l'avant-projet de loi de Monsieur Lyon-Caen, et, si l'on nous permet de formuler notre appréciation, nous dirons qu'ils sont inspirés par un esprit de profonde équité et par le souci de garantir les intérêts de l'un et l'autre inté-

ressé. Peut-être pourrait-on lui faire grief d'être moins détaillé que les deux autres projets à l'étude desquels nous passons maintenant.

Projet suisse.

Le projet suisse date de 1904. M. Capitan, dans un article paru dans le *Bulletin de la Société d'Études législatives* (5e année, n° 6, p. 557) en a fait une étude fort complète ainsi que du projet allemand, et c'est à cet article que nous empruntons les détails qui vont suivre.

Voici les dispositions relatives à notre matière que nous avons relevées au cours de notre lecture du Projet suisse :

a) L'obligation de déclarer est limitée aux faits connus du proposant *ou qui doivent être connus* par lui lors de la conclusion du contrat.

b) Doivent être déclarés : tous les faits importants pour l'appréciation technique du risque « connus par le proposant, » c'est-à-dire tous les faits qui, *selon la conviction loyale* du proposant, sont de nature à exercer une influence sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues.

(Les mots « selon la conviction loyale » permettront de tenir compte de la bonne foi).

c) Lorsque l'assureur remet à l'assuré un questionnaire écrit que celui-ci doit remplir, l'étendue de

l'obligation de déclarer est limitée en fait aux points indiqués dans le questionnaire, mais elle s'applique à tous les faits qui y sont prévus.

Pourtant les questions que l'assureur a posées d'une façon imprécise et équivoque ne sont pas considérées comme importantes.

Enfin, si l'assureur conclut le contrat, lors même qu'il n'a pas reçu de réponses à ses questions ou à quelques-unes d'entre elles, il ne peut pas se prévaloir de la réticence (art. 7 et 10). (C'est ici un des points sur lesquels il est regrettable de ne rien trouver dans notre projet).

d) *Conséquences de la réticence d'après le projet suisse.* Si l'assuré ne satisfait pas à l'obligation ainsi déterminée, le contrat ne lie pas l'assureur, mais l'assureur doit s'en départir dans le délai de quatre semaines, à dater du moment où il a eu connaissance de l'omission ou de la fausseté de la déclaration, (art. 8). L'article 8 Suisse ne peut pas être modifié par convention au détriment de l'assuré (art. 80, al. 2, S.). (Rappelons que dans le projet français, l'exercice de l'action ennullité dure un an, art. 38).

e) Dans certains cas (art. 10), l'assureur ne peut pas se départir du contrat, même si la réticence était intentionnelle : il en est ainsi notamment lorsque l'assureur a commis ou provoqué la dissimulation ou la fausse déclaration. (Cette règle, qui ne se trouve pas dans notre projet, a un grand intérêt en ce qui concerne l'agent d'assurances : celui-ci prend part

à la rédaction de l'acte et visite les lieux assurés, il peut donc avoir connaissance de certains faits. Or, d'après l'art. 33, S., l'agent a un pouvoir de représentation de l'assureur « pour les actes que comporte habituellement l'exécution des opérations confiées à un agent semblable ou les actes que l'agent a coutume de faire avec l'autorisation tacite de l'assureur », (ceci surtout en matière incendie.)

f) « Lorsque le contrat est relatif à plusieurs choses ou à plusieurs personnes et que la réticence n'a trait qu'à quelques-unes de ces choses ou de ces personnes, l'assurance reste en vigueur pour les autres, s'il est évident que l'assureur les aurait assurées aux mêmes conditions » (La jurisprudence française a admis la même solution qu'il serait utile de consacrer par une disposition expresse insérée dans le projet français.)

g) Quand l'assuré a exécuté son obligation de déclarer, tel que l'établit l'art. 8, S., la police continue à produire ses effets; si donc il y a eu une omission ou une déclaration inexacte résultant de ce que l'assuré ignorait telle ou telle circonstance, l'assureur ne peut pas faire résilier le contrat. (Ceci est encore une nouvelle différence avec notre article 36, lequel permet à l'assureur de faire résilier le contrat ou d'augmenter la prime ou enfin de diminuer l'indemnité due en cas se sinistre.)

h) *Effets de la nullité sur les primes* (art. 26-27). Le projet ne s'occupe que du sort des primes. Pour la

question de dommages-intérêts, il renvoie au droit des obligations (art. 26, al. 5). L'assureur conserve, dans tous les cas, son droit à la prime pour la période d'assurances en cours au moment de la résiliation. C'est la conséquence de l'indivisibilité des primes. Mais si l'assureur a reçu davantage, ce qui arrive lorsque des primes ont été payées d'avance pour plusieurs périodes, ou dans les contrats d'assurances sur la vie susceptibles de rachat, il doit restituer l'excédent jusqu'a concurrence des trois quarts pour les primes payées d'avance et s'il s'agit d'assurance sur la vie, dans la mesure de la prestation minimum prescrite pour le rachat.

Enfin, l'article 27 permet aux parties de stipuler que les restitutions dues par l'assureur seront réduites de moitié si l'assuré contrevient frauduleusement à son obligation. (Dans notre projet, au contraire, l'assureur conserve tout ce qui a été payé ; en outre, il a droit au paiement des primes dues. Tout cela est très dur pour l'assuré, et il nous semble que le projet suisse, en laissant plus de place à la volonté des parties, est plus équitable et se trouve plus conforme à leurs véritables intentions.)

i) Le projet suisse s'est occupé de protéger l'assuré contre l'assureur en édictant les articles 8 et 26. Ces derniers ne peuvent être modifiés par convention au détriment du preneur d'assurance. (Il eût peut-être été bon de prendre en France la même précaution à l'égard de l'assuré.)

Projet allemand — 1903

Le projet allemand s'écarte peu sensiblement du précédent, tout au moins dans son allure générale. En voici les dispositions principales :

a) L'assuré doit déclarer à l'assureur toutes les circonstances connues de lui au moment de la conclusion du contrat. Toutes les circonstances sur lesquelles l'assureur a interrogé expressément et par écrit l'assuré sont considérées, dans le doute, comme importantes.

Pour les indications qui ne lui sont pas demandées dans le questionnaire, l'assuré ne peut-être accusé de réticence que s'il y a eu fraude de sa part.

b) Il y a violation de l'obligation quand l'assuré à omis ou inexactement déclaré un fait important. Dans ce cas, l'assureur a le droit de demander la résiliation du contrat, excepté dans deux cas :

1° Si l'assureur a eu connaissance de la circonstance non déclarée ou faussement déclarée.

2° Si l'assuré qui a fait l'omission ou l'erreur n'a commis aucune faute; c'est du reste à l'assuré de fournir cette preuve.

c) L'assureur doit demander la résiliation dans le délai d'un mois, à partir du moment où il a connu la réticence ou l'inexactitude de la déclaration.

d) En cas de résiliation, les parties sont obligées de

restituer réciproquement les prestations qui ont pu être faites depuis le commencement.

L'assureur a le droit de conserver les primes, mais seulement jusqu'à la fin de la période d'assurance dans laquelle il a eu connaissance de la réticence ou de la fausse déclaration (§ 31).

e) Enfin, quand la réticence ou la fausse déclaration ne sont pas dues à une faute de l'assuré, l'assureur ne peut plus demander la résiliation, mais il peut, dans le délai d'un mois, exiger une prime plus élevée ou, à défaut d'acceptation par l'assuré (§ 35), dénoncer le contrat.

f) Si la déclaration n'a été fausse que pour une partie des assurés ou une partie des choses assurées, de telle sorte que cette omission reste sans effet pour l'appréciation du risque qui subsiste pour le reste, le contrat est maintenu pour partie (§ 26).

g) Les dispositions précédentes ne peuvent pas être modifiées par les parties dans un sens défavorable à l'assuré (§ 27).

h) Pour l'inexactitude relative à l'âge, les mêmes dispositions existent dans tous les projets. En France, les travaux de la première commission chargée d'étudier les dispositions législatives en vue de l'organisation du contrôle des sociétés d'assurances sur la vie, terminés en 1902, ont eu leur sanction législative dans une loi du 17 mars 1905. Cependant, le sujet des études de la seconde commission (bien qu'elles aient

été terminées en juin 1904) n'a pas encore fait l'objet d'une discussion de la Chambre. Souhaitons que le projet de M. Lyon-Caen, déposé sur le bureau de la Chambre des Députés et adopté par le Gouvernement, soit pris en considération dans un avenir prochain, et que le législateur prête une oreille attentive aux nombreuses sollicitations qui lui sont faites de tous côtés. Le public, les Compagnies, l'État lui-même, sont intéressés à la question ; l'institution elle-même réclame son intervention : Et ce sont ces considérations sur lesquelles M Lefort insiste dans son rapport préparatoire (1) : « A cause de ses particularités, nous « dit-il, qui ont leur source dans une union spéciale « d'éléments techniques et d'éléments économiques, « il est nécessaire que l'opération d'assurance soit « consolidée par la loi. » Peu de gens comprennent l'essence de l'assurance et sa fonction. C'est à cette ignorance qu'il faut faire remonter une série de plaintes qu'on entend couramment et qui ne sont pas fondées. C'est ainsi, par exemple, qu'une personne inexpérimentée seule peut être choquée de ce que l'assureur sur la vie ne restitue pas la totalité des primes payées lorsque le contrat est résolu unilatéralement. La loi seule, en réglant les droits et les obligations des parties contractantes, peut y porter remède. Elle augmente la confiance du public dans l'institution de l'assurance ; elle favorise aussi le développement de l'assurance et à ces deux points de vue celui qui

(1) Lefort. Rapport préparatoire (Commission du contrat d'assurance. Avant-projet de loi, p. 131.

a besoin de sécurité, les établissements publics et la prospérité publique sont intéressés à la codification. Elle procure à l'assuré la sécurité d'esprit et la sécurité matérielle ; elle fournit à l'assureur un puissant appui moral.

Nous voulons croire que le législateur ne restera pas indifférent à d'aussi puissants arguments et que l'État, s'il nourrit l'intention de devenir lui-même assureur un jour, tiendra à honneur de montrer dès maintenant sa sollicitude pour le contrat d'assurance sur la vie, en dotant dès aujourd'hui l'institution des bases solides qui peuvent seules garantir sa vitalité.

Vu :
E. GAUDEMET.

Vu :
Le Doyen de la Faculté de Droit
de l'Université de Dijon,
E. BAILLY.

Vu et permis d'imprimer :
Dijon, le 14 mai 1907.
E. BOIRAC.

LISTE DES PRINCIPAUX OUVRAGES

consultés ou cités au cours de cette étude

ALAUZET. — *Commentaire théorique et pratique du Code de commerce. Caractère des Assurances maritimes, terrestres, mutuelles et sur la vie.* Paris, 1844.

AUBRY et RAU. — *Cours de droit civil français*, 4e édition.

BERTILLON. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

BROUARDEL. — *Traité de Médecine légale.*

CAUVET. — *Les Assurances maritimes.* 1879-81.

CHAUFTON. — *Les Assurances, leur passé, leur présent, leur avenir.* Paris, 1884-86.

COURCY (DE). — *Questions sur le droit maritime.* Paris, 1877-88.

COUTEAU. — *Traité des Assurances sur la vie.* Paris, 1881.

DALLOZ. — *Recueil périodique de jurisprudence.*

DEMOLOMBE. — *Cours de Code Napoléon.* Paris, 1845-82.

DUPUICH. — *Traité pratique de l'Assurance sur la vie.* Paris, 1900.

GRÜN et JOLIAT. — *Traité des Assurances terrestres.* 1828.

GUILLOUARD. — *Traité des Contrats aléatoires et du Mandat.* Paris, 1893.

GUIONIN. — *Des causes de déchéance dans les Polices d'Assurances contre l'incendie*, thèse. Paris, 1905.

HERBAULT. — *Traité des Assurances sur la vie.* Paris, 1877.

Journal des Assurances (indiqué par l'abréviation *J. A.*, dans le texte).

LAURENT. — *Principes de Droit civil.* 5e édition, 1893.

LEFORT. — *Traité de l'Examen médical dans les Assurances sur la vie. Traité théorique et pratique du Contrat d'Assurance sur la vie.* Paris, 1894.

Marcadé. — *Éléments de Droit civil français.* 1842.
Marschall. — *Traité de l'Assurance sur la vie des hommes.*
Merger. — *Assurances terrestres.* 1858.
Paul Pont. — *Petits contrats.* 2e édition, 1877.
Planiol. — *Cours de Droit civil.* Paris, 1900.
Revue périodique des Assurances.
Schevichaven. — *De la Vie et de la Mort. Le présent et le passé de l'Assurance sur la vie,* traduit du hollandais, par Valeton. 1896.
Vavasseur. — *Traité des Sociétés de commerce.* 1897-1904.
Weill-Mantou. — *Manuel du Médecin d'Assurance sur la vie.*

TABLE DES MATIÈRES

PAGES

INTRODUCTION 7
PLAN GÉNÉRAL 15

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE Ier. — Déclarations du contractant. Examen et Rapport médical. Renseignements de l'agent 17
CHAPITRE II. — Inexactitudes involontaires. Assurances frauduleuses 37
Section I. — Quelques exemples de fraude 37
Section II. — Moyens de défense des Compagnies 49

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE Ier. — La fausse déclaration doit modifier l'opinion du risque 55
CHAPITRE II. — La fausse déclaration doit être contemporaine du contrat 63
CHAPITRE III. — Faut-il exiger la mauvaise foi ? 75
Section I. — Exposé de la jurisprudence 80
Section II. — Examen théorique de la question de la bonne foi 94
Section III. — La fausse déclaration en matière incendie et en matière de rente viagère 108
CHAPITRE IV. — Des réticences et des fausses déclarations les plus fréquentes 117
Section I. — Réticences sur l'âge 117
Section II. — Antécédents héréditaires 121
Section III. — Réticences sur ressources 126

PAGES

SECTION IV. — Réticences portant sur des habitudes d'intempérance 127
SECTION V. — Réticences portant sur de précédentes propositions 132
SECTION VI. — Réticences portant sur une maladie du proposant 141
§ I. — Mort causée par une autre maladie que celle dissimulée 144
§ II. — L'assuré sera-t-il juge de ce qu'il doit dire ou taire ? 151
§ III. — Le certificat médical est d'accord avec la déclaration 155

TROISIÈME PARTIE

CHAPITRE I^er^. — Charge de la preuve. Caractère de la nullité 163
CHAPITRE II. — Sort des primes 169
CHAPITRE III. — De la prescription et de l'incontestabilité des polices 187
CONCLUSION ET DROIT COMPARÉ 197

DIJON, IMPRIMERIE JACQUOT ET FLORET